

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

509

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Eugénie MICIELOWSKA

Née le 23 février 1907, à Grodno (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
DYSMÉNORRHÉE

Président :: M. PIERRE MOCQUOT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1938



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152019_0023

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Eugénie MICIELOWSKA

Née le 23 février 1907, à Grodno (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DYSMÉNORRHÉE

Président : M. PIERRE MOCQUOT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1938

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	N.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCCUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'assistance médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ.	
VALLERY-RADOT		VELTER.	
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	} Clinique obstétricale.
ÉCALLE.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRAND'MÈRES

A MES PARENTS

A CEUX QUE J'AIME

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MOCQUOT

Professeur de la Clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

*En témoignage respectueux de notre
reconnaissance pour le grand honneur
qu'il nous a fait de nous accueillir dans
son Service et d'accepter la présidence de
cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAOUL PALMER

Chef de travaux de Gynécologie
à la Faculté de Médecine de Paris.

*Avec tous mes remerciements et ma vive
gratitude pour m'avoir inspiré le sujet de
cette thèse et guidé dans son exécution.
Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de
notre profonde reconnaissance pour ses
conseils bienveillants qu'il n'a pas cessé de
nous prodiguer.*

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MISS SARAH P. WATSON

Chevalier de la Légion d'honneur
Directrice du Foyer International des Etudiantes à Paris

A MADAME M. FOURNIER

*Qui n'ont jamais cessé de me témoigner
leur bienveillance. Qu'elles veuillent trouver
ici l'expression de ma profonde gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. ROZNATOWSKI

INTRODUCTION

Dans ce travail sur les dysménorrhées nous avons insisté plus particulièrement sur certains points de ce vaste sujet, qui semblent présenter un intérêt pratique considérable.

Ce sont : la recherche de la cause et du mécanisme pathogénique et le traitement.

Nous avons cru que, pour aboutir à un résultat, il serait indispensable de rassembler et de comparer un grand nombre d'observations.

Nous avons recherché les faits que nous voulions analyser dans la littérature et les publications tant françaises qu'étrangères, mais nous nous sommes surtout attaché à l'analyse des observations que nous avons recueillies à la Clinique Gynécologique de la Faculté de Médecine à l'Hôpital Broca.

Avec le docteur R. Palmer, nous avons suivi environ 75 malades au courant des années scolaires 1936-1937 et 1937-1938.

Nous tenons à exprimer notre gratitude à M. le Professeur Pierre Mocquot qui nous a permis de faire ce travail dans son service.

Nous voulons remercier également le docteur Palmer qui nous a dirigé dans la préparation de cette thèse.

DÉFINITION

On donne le nom de dysménorrhée aux phénomènes douloureux qui précèdent ou accompagnent les règles.

Normalement la menstruation est un phénomène indolore. Cependant un grand nombre de femmes éprouvent alors des sensations douloureuses, parfois telles, qu'elles doivent garder le lit et être considérées comme de vraies malades. Il est très difficile de préciser les limites exactes de la dysménorrhée. On ne peut qualifier de dysménorrhée tous les malaises dont les femmes se plaignent au moment des règles. Mais nous ne retiendrons sous le nom de dysménorrhée que les douleurs très vives, qui obligent les femmes à interrompre leur travail et à garder le lit pendant la période menstruelle.

Dans cette étude nous ne parlerons pas de la dysménorrhée membraneuse qui constitue une forme clinique bien spéciale.

Vayssière dit : « qu'il y a dysménorrhée chaque fois que des phénomènes douloureux assez intenses pour interrompre ou gêner sérieusement l'existence normale apparaissent périodiquement avant ou pendant la menstruation ».

Il est difficile aussi de préciser la fréquence des dysménorrhées. Plusieurs auteurs ont essayé d'établir des statistiques.

Burger sur.....	34.000 femmes trouve	8,8 % de dysménorrhée	
Sanders ou Glaw ..	2.000 — —	7 %	—
Thomas Watt Eden.	3.500 — —	38 %	—
Vignes	35 femmes stériles	60 %	—
Marion Sims.....	250 — —	51 %	—

En moyenne on évalue à 7 % à peu près le nombre des femmes interrompant leur vie normale et gardant le lit pendant un certain temps.

La dysménorrhée peut être primaire ou secondaire : PRIMAIRE si elle apparaît dès l'installation de la menstruation ; SECONDAIRE si les phénomènes douloureux surviennent à une période plus avancée de la vie génitale.

Il est classique de distinguer : *une dysménorrhée utérine* et *une dysménorrhée ovarienne*.

La dysménorrhée utérine apparaît le premier jour des règles. La femme souffre soit dès l'apparition de l'écoulement, soit dans les heures qui le précèdent. La douleur persiste ensuite pendant les deux ou trois premiers jours de la menstruation. C'est donc une douleur qui accompagne le flux sanguin.

La dysménorrhée ovarienne débute trois ou quatre jours avant la date des règles et atteint son maximum la veille de l'apparition de l'écoulement. Elle disparaît en même temps que celui-ci survient.

Colaneri et Douay, dans leur rapport au Congrès français de Gynécologie en 1933, disent que : « La dysménorrhée est toujours utérine. C'est l'utérus seul avec ses nerfs sensitifs qui est responsable de la crise douloureuse. Toute dysménorrhée est utérine, mais elle peut être d'origine ovarienne par trouble de la fonction endocrinienne de l'ovaire. »

Quelle que soit la cause de la dysménorrhée, celle-ci traduit presque toujours une colique utérine. La dysménorrhée survient fréquemment chez des femmes dont les organes pelviens sont normaux ou paraissent tels au point de vue anatomique.

Il est très facile de diagnostiquer une dysménorrhée, les douleurs dans leur ensemble étant caractéristiques. Elles commencent avant la date des règles ou bien accompagnent l'écoulement.

Il faut tenir compte de la variabilité de la sensibilité utérine, qui diffère suivant la femme. La nature de la douleur varie avec la malade. Le plus souvent elle se plaint de sensation de tension, de lourdeur, de pesanteur dans le bas-ventre ; parfois de tiraillement, de colique ou de douleur diffuse.

La localisation de ces phénomènes douloureux est variable, située dans le bas-ventre, le plus souvent médiane mais quelquefois aussi unie ou bilatérale. Il peut être difficile de bien préciser leur siège — tant ces sensations douloureuses sont vagues et diffuses.

L'irradiation de la douleur peut être lombaire ou lombo-sacrée et nous savons la fréquence des cas où la malade vient consulter pour une douleur « dans les reins » au moment des règles. On signale parfois un tenesme rectal.

A ces signes locaux il faut ajouter *des phénomènes d'ordre général* :

Céphalée sous forme de migraine précède souvent l'apparition de l'écoulement. Elle indique aussi chez certaines femmes l'approche de la menstruation.

Insomnie, somnolence, modification du caractère sous forme d'une irritabilité excessive sont souvent notées. De tels troubles peuvent même atteindre à la

neurasthénie dans les formes graves de la dysménorrhée.

Des troubles digestifs à type de diarrhée ou de constipation, des nausées, des vomissements peuvent également accompagner les règles.

En résumé, l'écoulement menstruel peut être accompagné par une série de manifestations intéressant tout l'organisme, touchant toutes ses fonctions et qu'on appelle les accidents du *molimen catamenial*. Ces signes à distance apparaissent dans les jours qui précèdent les règles et cessent habituellement quand les règles sont installées.

Le *molimen catamenial* peut être fort ou faible et n'a aucun rapport avec l'intensité de la douleur pelvienne.

Après avoir fait préciser ces signes subjectifs, il faut examiner soigneusement la malade afin de trouver la cause des phénomènes douloureux. La sensibilité extrême de ces malades rend difficile l'examen lors de la période douloureuse. La malade vue en dehors des périodes menstruelles, on fera non seulement un examen clinique approfondi, mais encore des épreuves complémentaires, telles que l'hystérosalpingographie et l'insufflation tubaire.

ÉTIOLOGIE DE LA DYSMÉNORRHÉE

Le diagnostic étiologique de la dysménorrhée est souvent difficile. Cependant, il est des cas où une lésion anatomique ou bien un trouble fonctionnel peut être mis en évidence comme facteur de la dysménorrhée.

Anomalies génitales.

Les anomalies génitales, en particulier les anomalies de l'utérus, sont causes de dysménorrhées. Nous ne parlons pas ici des anomalies portant sur l'absence des ovaires, des trompes de l'utérus et d'autres malformations, où l'existence de la menstruation est impossible. Voici l'énumération des malformations utérines qui peuvent causer une dysménorrhée. Ce sont : utérus bicorne, utérus bifide, utérus double, utérus rudimentaire, sténose congénitale de l'isthme. On a attribué les phénomènes douloureux dans ces cas à un trouble dans l'évolution de la muqueuse : sa congestion anormale serait la cause des douleurs au moment des règles. Fréquemment, on peut noter une gêne dans l'écoulement du sang. La collection du sang, aussi petite soit-elle, apporte des sensations de tension parfois très douloureuses. Les anomalies de l'utérus sont associées, dans la majorité des cas, à des

lésions ovariennes, donnant à la dysménorrhée la forme ovarienne.

Dans le cas de dysménorrhée par anomalie génitale, le phénomène douloureux commence à la puberté pour se prolonger pendant toute la vie génitale. Donc la dysménorrhée est primaire, mais peut être supprimée par la correction de la malformation, si cela est possible.

HYPOPLASIE UTÉRINE.

Parmi les troubles du développement utérin la cause la plus fréquente des douleurs menstruelles est l'hypoplasie utérine, donnant ce que l'on appelle un utérus infantile. On peut supposer, tout au moins dans beaucoup de cas, que c'est par une lésion congénitale de l'ovaire, qui donne au moment de la puberté un défaut de fonctionnement hormonal, que l'utérus reste développé insuffisamment. On a donc un arrêt de développement de l'utérus lié, dans un certain nombre de cas, à une insuffisance de l'ovaire à la puberté.

Dans un utérus normal, le corps, mesurant 4 cm. environ, est plus grand que le col qui mesure 3 cm. Dans un utérus pubescent le col et le corps sont de tailles égales. Dans l'utérus infantile le col est plus grand que le corps. Il est développé aux dépens du corps. L'utérus infantile présente un col long, mince, avec un orifice externe punctiforme. C'est le rétrécissement de l'orifice externe et du col en entier qui gêne l'évacuation normale.

Le corps d'un utérus hypoplasique se trouve le plus souvent en antéflexion. Les auteurs classiques

insistent sur cette position en antéflexion congénitale qui pour eux est une cause fréquente des dysménorrhées primaires. L'antéflexion du corps utérin, en déterminant un angle, parfois aigu, par coudure au niveau de l'isthme, entraînerait une sténose. C'est dans les cas d'antéflexion congénitale que l'on peut rencontrer des dysménorrhées graves. Ces dysménorrhées sont à type utérin, les douleurs ne surviennent qu'avec l'écoulement et disparaissent quand celui-ci devient abondant. Lorsqu'on redresse l'utérus on constate que la dysménorrhée n'est pas toujours supprimée. Il semble que la sténose au niveau de la flexion ne soit pas le seul facteur des douleurs et qu'il existe en outre un élément spasmodique.

Cotte a fait plusieurs redressements sans pouvoir améliorer la dysménorrhée.

Pour Condamin cet élément spasmodique trouve son point de départ dans le plexus hypogastrique en état de souffrance.

Il semble qu'il y ait une cause plus profonde liée au défaut de développement de l'ovaire qui, dans les cas d'utérus infantile, est le plus souvent petit et dur.

Pour Siredey cette aplasie génitale des organes serait la conséquence d'une hérédosyphilis.

Max Hirsch a examiné plusieurs femmes au moment des règles. Il a constaté qu'il n'y avait aucune sténose pouvant empêcher l'écoulement du sang. Au début des douleurs, un sondage montrait une cavité vide. Les douleurs, avant la date des règles, en présence d'un utérus vide, font rejeter une étiologie mécanique.

Kreis a montré qu'il y a des femmes avec un uté-

rus hypoplasique, avec une antéflexion marquée et qui ne présentent aucun signe de dysménorrhée.

Henri Vignes, en étudiant les utérus infantiles, est arrivé à la conclusion que l'état de non développement prédispose le muscle utérin à la contracture. Normalement la muqueuse utérine se développe dès la cinquième année, la musculuse ne se développant qu'au moment de la puberté. Dans les cas où ce développement est troublé au moment de la puberté, la muqueuse tendrait à se développer plus que ne le permet la capacité utérine et provoquerait alors la contracture.

En pratique, il est certain que les femmes ayant un utérus petit avec ou sans antéflexion, ont souvent des dysménorrhées graves, quelle que soit la pathogénie de celles-ci.

Parmi des malades vues à l'hôpital Broca au courant de l'année 1937, il est intéressant de noter plusieurs observations de femmes présentant un utérus hypoplasique avec ou sans antéflexion. Par un traitement folliculinique que nous reprendrons en détails ensuite, on arrive à combattre les douleurs au moment des règles et même à augmenter le volume de l'utérus.

Lésions de l'utérus.

A. — STÉNOSE CERVICALE.

On voit assez fréquemment une sténose cervicale survenir à la suite d'applications de caustiques, Filhos en particulier, cautérisations et opérations autoplastiques. Depuis l'emploi de l'électrocoagulation le

nombre des femmes dysménorrhéiques à la suite de sténose cervicale cicatricielle a diminué.

Il n'est pas rare de retrouver une application de nitrate d'argent, plus souvent de Filhos dans les antécédents de malades venant consulter pour des douleurs menstruelles. Dans ces cas, la dilatation du col aux bougies de Hégar ou mieux de Douay entraîne la disparition presque complète des douleurs. Les premiers mois qui suivent l'intervention, la malade est soulagée ; mais dans la majorité des cas l'effet n'est pas durable et la dysménorrhée réapparaît les mois suivants. Nous pouvons citer plusieurs observations intéressantes où, par une dilatation aux bougies de Douay et en allant jusqu'au n° 25, on est arrivé à une guérison, qui, comme nous l'avons déjà dit, n'a pas été durable.

De nos observations nous pouvons conclure que la sténose cervicale, quelle que soit son origine, est une des causes de dysménorrhée grave, en causant un obstacle à l'écoulement du sang. Toutes ces malades souffrent lors de l'apparition des règles et sont soulagées quand l'écoulement devient abondant. A l'examen on constate cet obstacle en faisant pénétrer une sonde dans la cavité utérine. Lors de cette manœuvre on a l'impression d'une résistance assez grande, soit à l'orifice, soit plus souvent au niveau de l'isthme, ce qui permet d'orienter le diagnostic étiologique.

Il nous semble intéressant de citer l'histoire de M^{me} B., âgée de 45 ans, qui est venue consulter pour des pertes sanguines entre les règles. Vue le lendemain de la fin des règles, elle présentait dans la partie basse de l'utérus une masse fluctuante. Le col semblait incorporé à l'isthme, l'orifice externe invisible,

d'où impossibilité absolue d'explorer le canal cervical. Dans les antécédents de cette femme on trouve une cautérisation au nitrate d'argent. La malade revint au moment des règles suivantes et nous constatons qu'une dilatation cervicale par des bougies de Douay permettait l'évacuation du sang menstruel. Déjà le premier jour des règles, la quantité du sang collecté était assez considérable pour former une masse fluctuante et dépressible dans la partie basse de l'utérus.

Le fait le plus intéressant pour nous consiste en *l'absence complète des douleurs* au moment des règles. Malgré la sténose cicatricielle formant dans ce cas un obstacle considérable, malgré la collection sanguine qui se reproduisait régulièrement, les règles étaient absolument indolores.

B. — MÉTRITES.

Le rôle des métrites dans l'étiologie des dysménorrhées est des plus important. Il est vraiment étonnant que l'on n'ait vu là qu'une cause minime.

C'est seulement Béchère qui a insisté sur l'importance des infections subaiguës et chroniques comme facteurs des douleurs des règles.

Pour nous, cette étiologie a une importance capitale et occupe la place la plus vaste dans l'étude des dysménorrhées secondaires.

Durant une année d'observations à l'Hôpital Broca, nous avons constaté que la majorité des femmes présentant des douleurs menstruelles sont atteintes d'une métrite subaiguë ou chronique. Le plus souvent, c'est

une exocervicite avec ou sans érosions au pourtour de l'orifice externe du canal cervical. Il peut s'agir aussi d'une endométrite avec des pertes cervicales considérables. Des lésions annexielles refroidies, des paramétrites peuvent accompagner un grand nombre de métrites. Nous parlerons ultérieurement des paramétrites, mais il faut signaler d'emblée que souvent une métrite cervicale, surtout chronique, s'accompagne de lésions inflammatoires du paramètre.

Un passé infectieux est souvent à noter dans les antécédents d'une métrite.

Souvent, c'est après une fausse couche, non suivie d'un curetage, après un accouchement difficile que la malade présente des pertes blanches. En même temps les périodes menstruelles deviennent douloureuses.

Il y a des cas où il n'existe aucun antécédent de puerpéralité, mais où un interrogatoire précis et complet apprend que, de même que les pertes blanches, la dysménorrhée date des premiers rapports sexuels. Une origine infectieuse est alors probable et la recherche du germe est indispensable. Des prélèvements urétraux, bartholins et cervicaux, ainsi qu'une gonoréaction doivent être pratiqués systématiquement.

Avec un traitement rationnel, allant à l'origine même de l'infection, nous guérissons la métrite et nous constatons le plus souvent la disparition des douleurs menstruelles, quelle que soit leur gravité.

Remarquons que cette dysménorrhée secondaire, due à une infection, est souvent grave et oblige la femme à garder le lit pendant la durée des règles. Les douleurs, parfois violentes, précèdent l'écoule-

ment de deux ou trois jours, persistent pendant toute sa durée et même après. Chez d'autres femmes le phénomène douloureux est moins manifeste. Il faut tenir compte du fait qu'il s'agit là d'un phénomène essentiellement subjectif, variant avec les malades.

Avant de citer les nombreux cas de femmes dysménorrhéiques par métrite, nous voulons répéter encore une fois que les auteurs classiques n'attribuent pas un rôle assez important à l'infection subaiguë ou chronique comme facteur de douleurs au moment des règles.

Sur 20 cas de dysménorrhées secondaires, nous avons trouvé 17 observations où la métrite jouait un rôle important et était cause des douleurs.

D'après leur début nous classons :

- 7 observations où les douleurs débutent après le mariage ;
- 5 observations où les douleurs débutent après une F. C. ;
- 5 observations où les douleurs débutent après l'accouchement.

Paramétrites.

Parmi les causes de la dysménorrhée, il faut citer les lésions du paramètre, souvent associées à une métrite cervicale.

A l'origine de ces lésions paramétriales se trouve un processus inflammatoire, intéressant surtout le tissu cellulaire, qui forme la base du ligament large. Ces paramétrites et ces cellulites pelviennes sont des manifestations d'une poussée de lymphangite ou de

phlébite, consécutives à une infection des voies génitales. Les paramètres, déjà sensibles par l'inflammation, subissent à chaque période menstruelle un trouble de nature congestive. Le voisinage du plexus hypogastrique qui est irrité par cette congestion explique les douleurs survenant au moment des règles.

Il ne faut pas oublier la possibilité des lésions plastiques, telles que brides et rétractions scléreuses au niveau des ligaments utéro-sacrés qui peuvent attirer et dévier l'isthme utérin. Ces adhérences irritent souvent les nerfs et donnent une sensibilité exagérée du petit bassin. Tout état inflammatoire du petit bassin noté dans les antécédents d'une femme mérite d'attirer l'attention, pouvant être un facteur important dans l'étiologie de la dysménorrhée. Il faut toujours interroger la malade avec soin, faire un examen clinique complet, en explorant avec attention les culs-de-sac vaginaux.

Déviations utérines.

Les déviations utérines, groupées d'après leur origine, peuvent être congénitales ou acquises.

Les déviations congénitales sont le plus souvent des antéflexions. Elles se rencontrent chez des femmes dysménorrhéiques ayant un utérus hypoplastique. Nous en avons déjà parlé précédemment au chapitre des hypoplasies.

Les déviations acquises sont en majorité des cas de rétroflexions et de rétroversions. Ces vices de position sont le plus souvent d'origine puerpérale. C'est après

un accouchement ou une fausse couche que l'utérus tombe dans le cul-de-sac de Douglas. La douleur pouvait être dû à la congestion passive et à une gêne d'évacuation utérine.

Nous apportons plusieurs observations où une dysménorrhée grave coïncide avec une rétroversion. Ne trouvant aucune autre origine à la dysménorrhée, nous avons corrigé la rétroversion à l'aide d'un pessaire qui était porté par la malade au moment des règles. Les règles devinrent indolores et la malade ne fut plus obligée de garder le lit comme auparavant. Les mois suivants, le pessaire retiré, la dysménorrhée reparut.

On a longtemps admis que les douleurs menstruelles sont provoquées par la sténose formée par le déplacement de l'organe.

Novak pense que le déplacement de l'utérus ne provoque pas d'obstacle au niveau de la coudure. Une sonde passerait toujours dans la cavité utérine.

Il nous semble probable que la déviation de l'utérus donne une congestion de cet organe, se traduisant par des douleurs menstruelles. Celles-ci disparaîtront donc par la correction de déplacement.

Tumeurs utérines.

LES FIBROMES.

Les fibromes sous-péritonéaux et intramusculaires entraînent rarement des douleurs au moment des règles. Cependant les polypes utérins et plus particulièrement ceux situés au voisinage du canal cer-

vical peuvent entraîner une dysménorrhée par gêne mécanique.

LES ENDOMÉTRIOMES.

Les endométriomes jouent un rôle beaucoup plus important dans l'étiologie de la dysménorrhée. Ce sont des tumeurs constituées par les îlots d'épithélium cylindrique entourés d'un stroma cytogène identique aux éléments de l'endomètre. Ces néoplasies siègent avec prédilection au niveau des cornes utérines. Physiologiquement, ces tumeurs se comportent comme la muqueuse utérine en subissant avec elle le cycle habituel. Les hémorragies intra-tumorales périodiques provoquent une distension de l'organe et de fortes douleurs menstruelles. La dysménorrhée due à la présence d'endométriome revêt une forme particulièrement douloureuse et résistant à un traitement médical.

Il est très difficile de faire le diagnostic de la cause, car le plus souvent, pendant un temps assez long, l'examen de la malade ne montre aucun signe de la tumeur. Cependant la dysménorrhée présente un caractère assez typique. C'est une douleur tardive, n'apparaissant pas au début de l'écoulement mais seulement le deuxième ou le troisième jour. Elle persiste jusqu'à la fin des règles et même après. Les douleurs siègent dans le bas-ventre, s'irradiant vers le rectum. Ces douleurs sont très intenses, s'accompagnant souvent d'élévation thermique, de frissons, de vomissements.

Nous apportons deux observations caractéristiques de deux malades opérées dernièrement dans le Ser-

vice du Professeur Mocquot et qui présentent un tableau clinique bien défini.

Lésions annexielles.

Les lésions annexielles capables de donner des douleurs au moment des règles sont, le plus souvent, minimes et latentes.

Cette remarque que ce ne sont pas des lésions aiguës qui troublent la menstruation. Ainsi un pyosalpinx, un hématosalpinx, de même que des lésions importantes de l'ovaire — telle qu'un kyste dermoïde ou mucoïde — donnent rarement la dysménorrhée. Par contre, des douleurs violentes sont, bien souvent, provoquées par des lésions annexielles difficiles à déceler — tels les phénomènes congestifs portant sur la trompe et le péritoine. Un prolapsus de l'ovaire, un varicocèle tubo-ovarien et surtout une sclérose kystique de l'ovaire sont fréquemment la cause des douleurs. Il faut insister sur la présence d'une dysménorrhée au cours d'une ovarite scléro-kystique, car souvent elle est un des signes les plus importants permettant d'orienter le diagnostic.

D'après les auteurs classiques, entre autres Siredey, les douleurs résultent de la compression des filets nerveux de l'ovaire dans le tissu interstitiel de la glande sclérosée.

Netter suppose que cette explication ne peut être attachée à la majorité des cas, car il est impossible d'invoquer toujours un pareil mécanisme en présence d'une ovarite scléro-kystique. Pour lui il faut penser à la paramétrite rétractile et à l'irritation des fibres

sympathiques accumulées dans l'espace inter-utéro-rectal.

Cotte et Dechaume ont confirmé cette hypothèse, en trouvant des altérations histologiques évidentes sur le nerf présacré réséqué.

Les auteurs classiques, avec Siredey et Faure, expliquent la dysménorrhée ovarienne en parlant de l'étranglement de l'ovaire bridé dans une loge cicatricielle, de tuberculose génitale avec brides, de sclérose syphilitique annexielle, d'un hématome intra-ovarien développé aux dépens d'un follicule, de l'étranglement d'un corps jaune évoluant vers le centre de l'organe.

L'endométriome ovarien peut accompagner un endométriome utérin et tubaire.

Les maladies infectieuses, scarlatine, fièvre typhoïde et surtout les oreillons peuvent atteindre l'ovaire et créer un trouble de son fonctionnement. Ce dernier retentirait sur les variations menstruelles de la muqueuse utérine et provoquerait des douleurs au moment des règles.

En général, ces lésions, aussi minimes soient-elles, peuvent être considérées comme une épine irritative qui au moment menstruel donnerait une crise douloureuse. Les signes cliniques de cette dysménorrhée d'origine ovarienne sont caractéristiques et permettent d'établir un groupe spécial de dysménorrhée ovarienne.

C'est le caractère prémenstruel des douleurs, survenant avant les règles et disparaissant avec le début de l'écoulement, qui fait penser à un trouble du côté de l'ovaire. On remarque la fréquence des douleurs lombaires et la tendance à une réaction péritonéale.

L'examen peut donner dans quelques cas des renseignements précis sur la lésion annexielle, mais dans la plupart des cas on note simplement une sensibilité, rarement une tuméfaction de l'ovaire. La douleur spontanée, localisée, si elle existe, est aussi un signe précieux, nous orientant vers la lésion anatomique.

A côté de troubles dysménorrhéiques, si fréquents dans les lésions annexielles, on rencontre souvent d'autres troubles fonctionnels, dont le plus important est la stérilité. Dans ce cas il faut apprécier le fonctionnement de l'ovaire et étudier la perméabilité des trompes utérines. Nous avons remarqué que souvent la stérilité, la dysménorrhée et l'imperméabilité des trompes utérines marchent de pair. C'est en guérissant cette dernière qu'on combat les deux autres.

Rôle du système nerveux dans l'étiologie de la dysménorrhée.

Le nombre remarquable des filets nerveux et des ganglions sympathiques au niveau de la région isthmique de l'utérus, nous fait penser que l'irritation et la compression de ceux-ci peuvent expliquer la crise paraxystique des dysménorrhées.

Les névralgies et les névrites pelviennes consécutives à une altération pathologique des filets nerveux et du plexus hypogastrique sont décrits par les auteurs classiques. Dans ces cas, c'est la lésion nerveuse qui provoque les douleurs.

Il nous semble que la dysménorrhée peut être causée par une hyperexcitabilité directe ou réflexe des

filets du sympathique pelvien. C'est par sa lésion que cette hyperexcitabilité se fait sentir, surtout au moment de la congestion de la période ovulaire ou prémenstruelle. Il est aussi possible que la lésion du système nerveux végétatif provoque des troubles de la sécrétion de l'ovaire. Ce dysfonctionnement ovarien retentirait sur l'organisme en provoquant des troubles fonctionnels par l'excès de folliculine ou de progestérone.

Rôle du terrain et du psychisme dans l'étiologie des dysménorrhées.

Le terrain joue un rôle important dans les affections génitales de la femme. Il faudra toujours pratiquer un examen général minutieux de la malade, rechercher avec soin ses antécédents personnels et héréditaires. Il n'est pas rare de trouver la syphilis et la bacillose. Les maladies infectieuses du jeune âge, telles que la rougeole et les oreillons, exigent une attention spéciale. Le neuro-arthritisme, l'anémie et la constitution émotive peuvent être souvent incriminés.

Les rapports entre les organes génitaux et le système nerveux sont très intimes et la menstruation entraîne, même chez une femme saine, un état d'hyperexcitabilité et de dépression psychique.

Les dysménorrhées spasmodiques, on peut dire hystériques, chez des femmes hypervagotoniques, sont bien connues. Quelle que soit la cause anatomique des douleurs menstruelles, sur un terrain vagotonique, elles se manifestent plus vivement et revêtent, dans quelques cas, la forme d'une dysménorrhée grave.

Ugo Erede en examinant 76 femmes vagotoniques, en a trouvé 54 souffrant plus ou moins de règles. Les épreuves végétatives consistant en tests à l'adrénaline et à la pilocarpine montraient des réactions plus fortes pendant la période menstruelle. Cette étude nous paraît démontrer que l'excitabilité de la femme présente des relations étroites avec le cycle menstruel.

Il est intéressant d'examiner le facteur psychique et émotif. On sait le nombre de femmes capables de présenter une dysménorrhée à la suite d'un chagrin ou d'une émotion.

Les auteurs allemands, en particulier Marie Tobler, Novak, Harnik, citent de nombreux cas d'apparition spontanée des règles, de même que d'apparition d'une dysménorrhée à la suite d'un choc psychique ou d'une émotion vive. La suggestion peut être aussi responsable de plusieurs cas de dysménorrhée. Le rôle néfaste de l'entourage et une mauvaise éducation de la jeune fille sont bien connus. Il suffit souvent d'une épine irritative pour déclancher sur un terrain prédisposé un véritable état dysménorrhéique.

Les femmes ayant une instabilité psychique, attachent une grande importance à la perception des phénomènes douloureux. Elles exagèrent la perception et la sensation des douleurs mêmes minimales.

Il faut tenir compte de l'influence du système nerveux végétatif sur l'état général et en particulier sur le psychisme de la femme. L'état dépressif la rend plus sensible à la perception de la douleur. Parmi les nombreuses causes agissant sur l'état général et psychique, donnant une prédisposition à un état d'hypersensibilité et à la dysménorrhée il faut citer :

l'appendicite chronique, la chlorose, la chloro-anémie, la ptose abdominale et l'hypothyroïdie accompagnée de l'hypofonctionnement des autres glandes endocrines.

Nous voulons mentionner un fait observé par nous chez un grand nombre de femmes dysménorrhéiques. C'est la sensibilité toute particulière chez elles du col de l'utérus. Tandis que chez d'autres malades le pincement du col avec une pince à col ne paraît causer aucune douleur, la femme dysménorrhéique accuse presque toujours une douleur plus ou moins vive.

Le psychisme de la malade semble donc jouer un rôle important dans la dysménorrhée. L'origine de cette instabilité psychique s'explique parfois par des tares congénitales et héréditaires telles que la syphilis, l'alcoolisme, l'arthritisme.

PHYSIOPATHOLOGIE

1^o Le reflux menstruel.

Certains auteurs considèrent le reflux menstruel comme un des facteurs capables de créer la crise de dysménorrhée. Le reflux menstruel consiste en un suintement sanguin par la trompe au moment des règles, provoquant ainsi une légère hématocele. Ce minime épanchement sanguin entraîne une irritation péritonéale qui se manifeste par une crise douloureuse. Depuis longtemps on a insisté sur cette irritation péritonéale sans pouvoir cependant en faire la preuve.

Dernièrement, Richard Jahiel, étudiant les manifestations liées à la période menstruelle, a pensé démontrer qu'elles peuvent être expliquées par un choc qui se produit à cette période. Pour lui ce choc est vraisemblablement lié à la présence de sang menstruel dans le péritoine.

C'est un fait certain que les chirurgiens, en opérant les malades à un moment rapproché des règles, ont trouvé souvent dans le péritoine un peu de sang menstruel. Il est probable que ce sang vient de l'utérus par le pavillon de la trompe. Sa quantité varie de quelques gouttes à quelques dizaines de cm³.

Jahiel a étudié surtout les phénomènes de « crise de foie » qui surviennent régulièrement à l'époque

des règles chez certaines femmes et donnent périodiquement un tableau de coliques hépatiques. Ce trouble n'apparaît jamais entre les règles, manque au moment de la grossesse et disparaît après la ménopause.

La dysménorrhée serait comme ces « crises de foie » expliquée par le choc général dû à la présence du sang intrapéritonéal.

Jahiel admet donc que chaque fois que les accidents d'écoulement de sang dans le péritoine se reproduisent, la femme présente des troubles qui se répètent, par conséquent, à chaque époque menstruelle. Il a essayé de faire une désensibilisation par des injections de sang des règles et a obtenu une guérison de ces « crises de foie » chez 50 malades.

Il serait très intéressant de vérifier la présence de ces hématoécies, aussi minimes soient-elles, et de démontrer que ce sont elles qui déterminent quelquefois les dysménorrhées essentielles.

Le docteur Palmer nous signale toutefois avoir constaté plusieurs fois un peu de liquide séro-sanguinolent dans le Douglas, chez des femmes opérées peu après leurs règles, et ne présentant pas de dysménorrhée.

2° Spasme de l'Isthme.

Le spasme de l'isthme utérin joue certainement un rôle important dans la détermination des douleurs au moment des règles.

Pour certains auteurs, tel que Bécclère, cette cause est presque la seule dans les dysménorrhées des jeunes filles. Un défaut de calcium dans l'organisme

occasionnerait cette hypercontractilité isthmique qui se déclanche avec le début de l'écoulement. Le col, irrité par le passage des premières gouttes sanguines, se contracte. C'est le spasme lui-même qui est douloureux ; il se manifeste surtout au niveau de l'isthme. Si à ce moment on examine la malade on note nettement une résistance au passage de la sonde dans la cavité utérine.

Les opinions à ce sujet varient. Kreis a démontré que même en présence d'un obstacle mécanique, l'écoulement se faisait normalement et que la cavité utérine était vide.

Siredey affirme que même au moment des fortes douleurs provoquées par un spasme de l'isthme, on peut pénétrer dans la cavité utérine.

En résumant les différentes opinions, il nous semble le plus vraisemblable que les douleurs menstruelles sont dues au spasme qui est douloureux lui-même.

Nous voulons insister sur la fréquence des guérisons après un accouchement en trouvant dans ce fait un argument certain en faveur de la cause de dysménorrhée due à un spasme de l'isthme. La dilatation du col au moment de l'accouchement agit favorablement sur la fibre musculaire et par la suite fait disparaître le spasme au moment des règles.

Béclère a observé 35 cas de dysménorrhées primaires et note 44 % de guérison par accouchement. La dilatation de l'isthme utérin dans un but thérapeutique est souvent pratiquée. Dans certains cas le traitement du spasme se confond avec celui de la sténose et, cliniquement, il est parfois très difficile de différencier le rôle de la sténose et celui du spasme dans la détermination de la dysménorrhée. C'est

l'emploi des antispasmodiques tels que l'atropine, en faisant cesser le spasme, qui oriente le diagnostic.

Une démonstration, parfois évidente, de la contraction de l'isthme peut être faite au cours de l'hystérosalpingographie.

Béclère a démontré que lorsqu'on injecte le lipiodol dans la cavité utérine, la sonde étant placée dans le canal cervical, il se forme souvent un spasme de l'orifice interne tel, que le lipiodol ne passe pas de la cavité cervicale dans la cavité fondique. Il faut augmenter la pression pour injecter la cavité utérine. Si on prépare la femme par les antispasmodiques le spasme n'apparaît pas et le lipiodol sous faible pression remplit l'utérus.

Il en résulte que l'hypercontractilité de l'isthme est sous la dépendance du système nerveux autonome qui se soumet à l'action de la belladone.

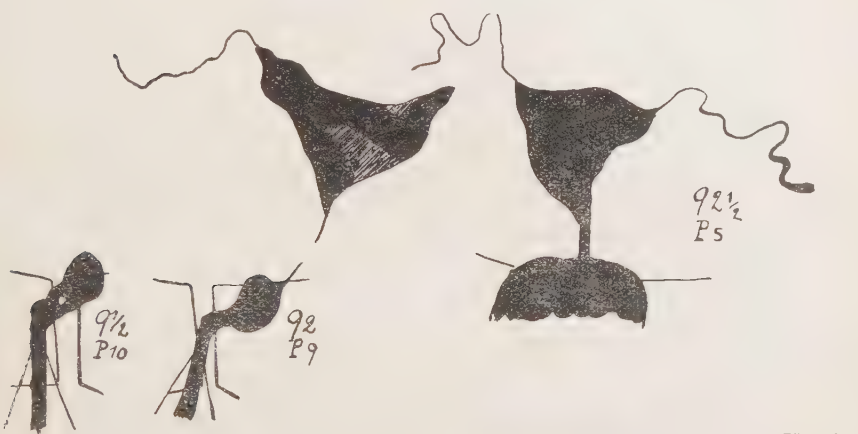
Béclère retire la sonde après l'injection de lipiodol et observe que, dans le cas de spasme, le lipiodol ne s'écoule pas comme normalement à l'extérieur. La cavité reste remplie, le spasme de l'isthme empêchant le lipiodol de s'écouler. L'ombre persiste pendant un quart d'heure, une demi-heure et plus.

Le Dr Palmer a fait de nombreuses hystérographies pour vérifier et mesurer le spasme de l'isthme chez certaines femmes dysménorrhéiques.

Dans les cas du spasme, le lipiodol ne passait de la cavité cervicale dans la cavité utérine que pour une pression élevée allant jusqu'à 12-14 cm. de Hg. Il retirait ensuite la sonde et la replaçait dans la cavité fondique. Le remplissage s'effectuait alors sous une pression normale (4 à 5 cm. de Hg). Ces expériences

confirment en les précisant les résultats obtenus par Bèclère.

Quelques observations montreront les chiffres exacts de la pression employée dans les deux temps de l'expérience.



Images au lipiodol d'un cas de dysménorrhée (observation n° 16).

Les deux figures à gauche, sont prises avec la canule dans le canal cervical; la figure à droite, est prise avec la canule dans la cavité corporeale.

Se basant sur les faits cités par divers auteurs et sur les faits observés par nous, on peut conclure que certainement le spasme de l'isthme existe chez certaines femmes dysménorrhéiques et vraisemblablement contribue à l'apparition des douleurs menstruelles.

Cependant il faut mentionner que nous avons vu l'existence du spasme à l'hystérosalpingographie chez quelques femmes non dysménorrhéiques.

3° L'hypercontractilité utérine.

Quelle que soit la cause apparente de la douleur dans la dysménorrhée, il y a de fortes raisons de croire que son mécanisme réside dans des contractions spasmodiques douloureuses de l'utérus.

L'origine de la douleur serait une exagération des contractions rythmiques de l'utérus, résultant de la diminution de l'action de la progesterone et de l'augmentation de l'action de la folliculine.

Novak et Reynolds, en faisant des études approfondies sur la nature même de la douleur, ont démontré que cette dernière débute juste au moment où le corps jaune commence à dégénérer, c'est-à-dire peu avant l'apparition des règles.

Très intéressante est la méthode utilisée par Novak sur le cobaye et par Knaus sur la femme et qui consiste en l'étude des variations de la contractilité utérine en rapport avec les différentes phases du cycle menstruel.

A l'aide d'un petit ballonnet introduit dans l'utérus on peut étudier les variations de la contractilité utérine, sous l'influence des différents facteurs hormonaux et pharmacologiques. Le ballonnet est relié à un manomètre enregistreur, ce qui permet d'obtenir des courbes de contractilité utérine.

On est arrivé à constater deux sortes de courbe suivant les deux phases du cycle menstruel.

Phase folliculinique : commence au début des règles et dure jusqu'aux dix jours qui précèdent les règles suivantes. L'utérus se contracte rythmiquement.

Phase lutéinique : commence dix jours avant les règles et finit vingt-quatre heures avant le début. Les contractions sont discrètes ou supprimées. Il y a réapparition des contractions juste avant l'écoulement.

Avec des injections de post-hypophyse, Knaus a constaté que dans la phase folliculinique le tonus utérin s'élevait et les contractions devenaient plus fortes, tandis que dans la phase lutéinique la pression ne s'élevait pas et les contractions étaient nulles. Avant les règles il notait la réapparition des contractions.

Knaus a conclu qu'il y a une action manifeste du corps jaune qui apparaît dix jours avant les règles et disparaît peu avant le début. Le corps jaune exercerait une action inhibitrice sur la musculature lisse de l'utérus. Dans les expériences, cette action se fait sentir vis-à-vis des excitants qui agissent sur la musculature. Le corps jaune élève le seuil de la sensibilité du muscle lisse pour tous les excitants qui provoquent les effets de contraction.

Walthard admet que même l'excitation de la musculature lisse par la distension de l'utérus au moment des règles ne provoque pas de contractions douloureuses tant qu'il y a action inhibitrice du corps jaune. Si l'action du corps jaune fait défaut, il n'y a pas d'inhibition et le seuil de sensibilité étant bas la femme éprouve des sensations douloureuses qui forment ce qu'on appelle les coliques menstruelles.

Knaus et Wittenback ont démontré qu'un utérus humain se trouve dans un stade de motilité jusqu'au seizième jour après le début des règles et qu'à partir

du seizième jour il est flasque, ne répond pas aux excitants hormonaux tels que la pituitine et resté dans cet état vingt-quatre ou quarante-huit heures avant les règles suivantes. C'est à ce moment que l'utérus revient à son comportement pré-ovulaire.

C'est la présence de folliculine qui agit en donnant à l'utérus sa motilité, qui dans les cas d'un seuil de sensibilité bas, donne des contractions plus fortes et plus douloureuses.

Elden, Wilson (Rochester) ont suivi l'histoire de 5 femmes castrées qui souffraient toute leur vie de dysménorrhée. L'injection de folliculine provoquait chez elles des douleurs pareilles à celles de la dysménorrhée. La même dose suivie d'une injection de progesterone ne provoquait pas cet effet. Ces auteurs ont répété cette méthode plusieurs fois avec le même résultat.

Le progesterone est donc suffisant pour donner un relâchement de l'utérus de telle manière que les contractions ne sont pas perceptibles.

A l'Hôpital Broca, le Dr Palmer a étudié la contractilité utéro-tubaire en phase prémenstruelle chez quelques malades dysménorrhéiques ou non. Il a préféré aux ballonnets l'emploi de l'insufflation utéro-tubaire et a pu obtenir, au lieu de la courbe habituelle avec des oscillations hautes de 1 à 3 cm³ de mercure au nombre de 5 à 12 par minute (contractions tubaires seules) une courbe où des contractions tubaires s'étagent sur des oscillations plus amples (hautes de 4 à 8 cm³ de mercure au nombre de 1 à 2 par minute) qu'il attribue à des contractions puissantes de l'utérus (probablement autour de la portion interstitielle de la trompe).

Il a toutefois obtenu une fois cette courbe chez une femme non dysménorrhéique en période pré-menstruelle. L'hypercontractilité utérine ne suffit donc pas à elle seule à provoquer la dysménorrhée.

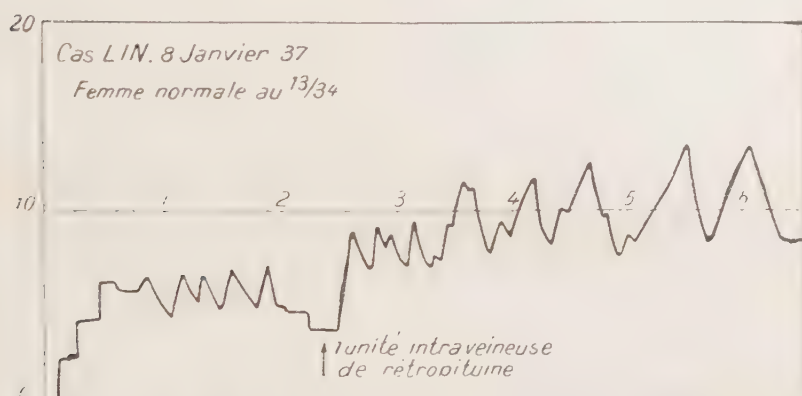


Figure 1

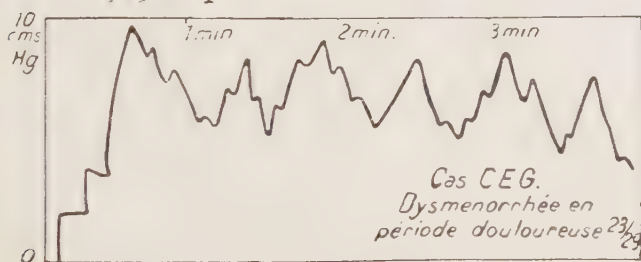


Figure 2-

FIG. 1. — Courbe d'insufflation utéro-tubaire normale, avec réponse normale à la post-hypophyse en période d'absence de corps jaune.

FIG. 2. — Courbe d'insufflation utéro-tubaire d'une dysménorrhée en période douloureuse, 6 jours avant les règles.

La théorie de l'hypercontractilité utérine liée à l'insuffisance relative de l'action du corps jaune dans les jours précédant les règles nous amène, il est in-

intéressant de le remarquer, à mieux comprendre les dysménorrhées dites ovariennes où les douleurs, quoique utérines, surviennent avant les règles, par suite d'un trouble du fonctionnement hormonal de l'ovaire.

Le D^r Palmer a également étudié, mais surtout dans la stérilité, l'influence sur les courbes d'insufflation utéro-tubaire de l'injection intra-veineuse de 1 à 3 unités internationales de post-hypophyse (extraits totaux, plus exactement extraits ocytotiques).

Il croit avoir là une méthode permettant de détecter, par la persistance ou la réapparition précoce de la réceptivité utéro-tubaire à la post-hypophyse, l'insuffisance relative du corps jaune. Il serait intéressant de faire ces mêmes explorations dans des cas de dysménorrhée.

On trouvera l'état actuel de cette question dans la thèse de Klajnberg (Paris, 1937).

EXAMEN D'UNE FEMME DYSMÉNORRÉIQUE

A la clinique gynécologique de l'Hôpital Broca, le Dr Palmer insiste beaucoup sur le fait que l'examen d'une femme dysménorrhéique doit s'efforcer de mettre en évidence tous *les facteurs étiologiques et pathogéniques* associés et leur rôle respectif dans l'apparition du syndrome dysménorrhéique.

L'examen clinique sera toujours fait de la façon la plus complète possible et il sera répété plusieurs fois au cours d'un cycle menstruel pour éviter des erreurs parfois grossières (phénomènes congestifs pouvant simuler des masses inflammatoires ; endométrïomes augmentant au cours des règles, etc.).

On pratiquera un interrogatoire soigné de la malade qui permettra déjà d'orienter le diagnostic vers une des formes de la dysménorrhée.

Le toucher vaginal ou rectal, combiné au palper abdominal, permettra d'apprécier l'état du col, ainsi que le volume et la position de l'utérus. Il nous renseignera aussi sur l'état du paramètre et des annexes, il permettra de rechercher la mobilité utérine et sa sensibilité.

L'examen au spéculum est indispensable pour nous renseigner sur l'aspect du col. Il aidera en outre à

pratiquer une série d'explorations complémentaires d'importance capitale :

- 1° prélèvement des sécrétions vaginales et cervicales en vue de détermination de P. H. ;
- 2° le test de Schiller consistant en application sur le col utérin de la solution de Lugol.

L'examen clinique est, à l'Hôpital Broca, le plus souvent complété par une hystéro-salpingographie (étude du tonus utérin et du spasme de l'isthme, etc.), une ou plusieurs insufflations tubaires (étude de l'action de posthypophyse) et une biopsie d'endomètre prémenstruelle (pour vérifier l'état hormonal). Peut-être des dosages hormonaux pourraient-ils dans certains cas donner des renseignements intéressants.

L'insufflation tubaire a un grand intérêt pour déceler les lésions obturantes et sténosantes des trompes (voir la thèse de Sofermann, Paris, 1936).

C'est à l'aide de l'insufflation que l'on peut trouver des lésions de salpingite chronique, ayant passé inaperçues mais étant la cause d'une dysménorrhée. Il n'est pas rare de voir une femme, venant consulter pour stérilité, présentant en même temps des règles douloureuses et chez laquelle on arrive à constater une obturation des trompes.

On pratiquera l'insufflation tubaire toutes les fois qu'une lésion évidente ne peut expliquer la présence de la dysménorrhée.

En étudiant les courbes graphiques de l'insufflation tubaire, nous avons constaté que la dysménorrhée en périodes douloureuses donnait de larges oscillations avec quelques oscillations secondaires à rythme tubaire.

Le D^r Palmer attribue ces larges oscillations, au nombre de 1 à 3 par minute, à la contraction rythmique du muscle utérin autour de la portion interstitielle de la trompe. Ces oscillations n'existent habituellement pas dans la période non douloureuse.

L'examen complémentaire le plus important est l'hystéro-salpingographie. En remplissant la cavité utérine de même que les trompes avec le lipiodol on pourra examiner les contours, la forme et la grandeur de ces organes. La perméabilité ou la sténose des trompes est visible de même qu'un hydrosalpinx. Cet examen permettra de déceler les lésions de l'appareil utéro-annexiel tels que les polypes et les fibromes. Les endométrïomes, cause importante des douleurs menstruelles, sont difficilement décelables. La pression manométrique donnera des renseignements sur l'état de la tonicité utérine et montrera les contractions musculaires de cet organe, et comme nous l'avons vu précédemment, le spasme de l'isthme. (Voir sur la technique à employer pour cette étude fonctionnelle : 1° Palmer, Pulsford et Christeas, Soc. de Gyn. et Obst., 7 février 1938 ; 2° Klocznyk, Etude manométrique vraie en H. S. G., Thèse Paris, 1937.)

A la suite de ces explorations, il faut faire le bilan des constatations étiologiques et pathogéniques.

Le diagnostic étiologique est théoriquement le plus important, car si l'on guérit la cause, on guérit presque sûrement la dysménorrhée de façon définitive.

Mais le diagnostic pathogénique a aussi une très grande importance. Habituellement, il faut compter trouver à la fois plusieurs facteurs pathogéniques réunis ; il faudra apprécier le rôle probable de chacun.

C'est ainsi qu'on recherchera et qu'on évaluera le rôle :

- du spasme de l'isthme ;
- de l'hypercontractilité utérine ;
- de la congestion utérine ;
- de l'hypermotilité ;
- de l'hypermotilité des ligaments utéro-sacrés ;
- de la poussée hypervagotonique ;
- des signes de choc humoral ;
- du reflux de sang dans le péritoine (douleur exquise du Douglas, ponction), etc...

ÉVOLUTION DES DYSMÉNORRHÉES

Avant d'aborder la grande et difficile question du traitement de la dysménorrhée, nous voudrions dire quelques mots de son évolution.

Il est des dysménorrhées qui, sans intervention médicale, guérissent spontanément. Les dysménorrhées primaires guéries après quelques années sont bien connues.

On peut évaluer à 10 % les cas de dysménorrhées guéries spontanément ou après rapports sexuels.

Un accouchement donne souvent soit une guérison complète, soit une amélioration nette.

Mais la guérison peut n'être que temporaire, une reprise des douleurs pouvant survenir plusieurs années après leur complète disparition. Dans ces cas cette dysménorrhée secondaire possède des caractères différents de ceux de la dysménorrhée primaire.

La dysménorrhée primaire, souvent discrète et peu grave peut, contrairement au cas précédent, être aggravée par le mariage et par un accouchement. Dans ce cas il faut toujours penser à un élément infectieux, capable de donner ces troubles.

TRAITEMENT

Dans le traitement des dysménorrhées il faut distinguer :

- 1° Le traitement palliatif ;
- 2° Le traitement curatif ou causal.

1° Traitement palliatif.

Le traitement palliatif a pour but de faire disparaître ou de diminuer la douleur. Celle-ci réapparaît avec l'arrêt du traitement. C'est donc un traitement symptomatique qui ne soulage la malade que d'une façon passagère.

On calme la crise de dysménorrhée par le repos au lit qu'il faudra parfois prescrire quelques jours avant la date des règles. On y adjoindra la chaleur ou la glace, des injections et des lavements chauds, des suppositoires.

Les médicaments analgésiques qu'on utilise actuellement sont extrêmement nombreux.

Le traitement héroïque par l'opium et ses dérivés, parmi lesquels la morphine occupe une place importante, doit être employé avec une extrême réserve. Pratiquement on ne doit jamais faire de piqûres de chlorhydrate de morphine pour des douleurs de

règles. Il faut tenir compte de l'accoutumance et des suites fâcheuses que donne l'administration fréquente de morphine. Ce n'est que dans les cas de dysménorrhée extrêmement grave, que le médecin, appelé au lit de la malade, peut pratiquer une injection de morphine, de pantopan ou d'autres dérivés de l'opium. Dans la pratique courante on emploie les préparations opiacées sous forme de *Laudanum de Sydenham* soit en lavement chaud, soit sous forme d'applications de compresses laudanisées sur l'abdomen.

On administre avec succès la *papaverine* qui semble donner un relâchement des fibres lisses de l'utérus. Prescrite à la dose de 5 cgr. par jour, elle donne aussi l'accoutumance et les mois suivants il est nécessaire d'augmenter la dose.

On emploie de nombreux analgésiques tels que : aspirine, phénacétine, antipyrine, pyramidon.

Le chanvre indien sous forme de suppositoires donne de bons résultats.

Cette préconise l'emploi des analgésiques sous forme de suppositoires, 2 ou 3 par jour.

Un traitement antispasmodique consiste dans l'administration de belladone. La teinture de belladone est parfois mal supportée à cause d'une susceptibilité spéciale de certains malades. On utilisera plutôt l'atropine.

Novak administre avec succès le sulfate d'atropine à doses fractionnées avant et pendant les règles.

Le benzoate de benzyle, connu pour ses effets antispasmodiques, sera prescrit par voie buccale à la dose de XX à XL gouttes par jour.

Dans les cas de dysménorrhée accompagnée de

ménorrhagie et de congestion intense du petit bassin, on aura recours à l'hamamelis et l'hydrastis.

Dans les hypoménorrhées on emploiera avec succès l'apiol et l'extrait de sénéçon.

Vignes et Lerouge insistent sur le traitement des dysménorrhées par l'anémone pulsatile. Ces auteurs apportent de nombreuses observations où ils ont employé le produit avec un résultat remarquable. Les doses sont : XL gouttes trois fois par jour, pendant trois à cinq jours de suite.

On peut utiliser de *nombreux sédatifs du système nerveux* tels que : les bromures, le chloral, la valériane et les barbituriques. Ces médications agissent favorablement sur le système nerveux et apportent un repos bienfaisant à la malade fatiguée par les douleurs.

TRAITEMENT PAR LE CORPS JAUNE.

Comme nous l'avons déjà vu, plusieurs auteurs soutiennent que, dans la majorité des cas, le mécanisme des douleurs menstruelles peut être attribué à des contractions douloureuses de l'utérus en rapport avec un trouble de la sécrétion hormonale. C'est le corps jaune qui inhibe la contractilité utérine et contrebalance l'action de la folliculine.

En remplaçant la déficience de la sécrétion interne du corps jaune, on arrive à améliorer ou plus exceptionnellement à presque guérir, comme le montre une de nos observations, des cas de dysménorrhées particulièrement rebelles.

L'administration de progesterone se fait sous forme d'injections sous-cutanées qu'on répète tous

les mois. On prescrit en principe les injections trois ou quatre jours avant la date présumée des règles. Cependant, pour obtenir un bon résultat, il faut arriver à trouver pour chaque malade la date exacte de la première injection, le moment favorable variant selon les cas. Parfois même, c'est quinze jours avant la date présumée des règles qu'on sera amené à pratiquer cette injection. Le nombre de ces dernières varie de 2 à 6.

On emploie surtout en France le principe actif spécifique du corps jaune physiologiquement titré — dont la formule contient l'hormone lutéinique 100 U. C. en préparation huileuse (hormoflaveine).

Dans les pays germaniques on administre le pro-luton renfermant par ampoule 0,5 mgr.-0,5 I. E.; et le lutrène renfermant par 1 cm³ deux unités internat.

En Amérique, l'hormone du corps jaune est présenté sous forme de corporine d'Hirsaw, titré physiologiquement en unité rat.

Campbell rapporte quelques observations de dysménorrhées traitées par la corporine. Il fait des injections sous-cutanées cinq jours avant la date des règles en préparation huileuse ou alcoolique. Tant que la malade suit le traitement, les règles sont absolument indolores. Campbell a remarqué que dans certains cas de petites doses suffisaient pour faire disparaître le trouble dysménorrhéique; dans d'autres cas, au contraire, il fallait augmenter les doses.

Elden et Wilson ont suivi 17 malades soumises au traitement par de petites doses de l'hormone du corps jaune. Les doses employées étaient 2/25 — 6/25 unité rat; les injections sous-cutanées se faisaient trois et six jours avant les règles. Sur 17 femmes

il y eut 8 guérisons complètes, 2 améliorations. Si on remplaçait le progesterone par l'huile pure, il y avait chaque fois une réapparition de la dysménorrhée.

Il y eut 7 échecs, mais il est intéressant de noter que parmi ces derniers il y avait un utérus infantile et une dysménorrhée secondaire coexistante avec une métrite infectieuse ; deux autres furent guéries par la résection du nerf présacré.

2^o Traitement curatif.

La difficulté du diagnostic étiologique des dysménorrhées, malgré des examens très minutieux, rend peu aisé l'établissement d'un traitement curatif ou causal. C'est en suivant les malades et en les observant de près qu'on arrive à dépister et à traiter la cause de leurs dysménorrhées.

Le traitement curatif diffère suivant qu'il s'agit d'une dysménorrhée primaire ou d'une dysménorrhée secondaire.

TRAITEMENT DES DYSMÉNORRHÉES LIÉES A UNE HYPOPLASIE UTÉRINE.

En reprenant les causes des dysménorrhées primaires on voit que les anomalies et les malformations utérines dans certains cas sont justiciables d'une intervention.

Plus souvent il s'agit de traiter le développement incomplet qui forme ce que l'on appelle l'utérus hypoplasique ou infantile .

Ce traitement exige des conditions hygiéniques fa-

vorables. La vie au grand air, la suppression de tout surmenage intellectuel, des exercices physiques modérés apportent souvent un soulagement net.

On devra soigner le terrain et avoir recours à l'hydrothérapie, héliothérapie chez les asthéniques, cures arsenicales chez les anémiques.

Un traitement logique des utérus hypoplasiques consiste dans l'administration de *folliculine*.

Les résultats sont très variables.

Pour certains auteurs, tel que Tunis, il y a amélioration. Il semble en être ainsi quand l'administration est faite par petites doses pendant la troisième et la quatrième semaine ; 1.000 unités souris à partir du quatorzième jour jusqu'au début des règles et même pendant les règles, soit par voie sous-cutanée, soit par voie buccale, soit même par voie vaginale.

Pour d'autres auteurs les résultats sont nuls, — en particulier, Pierre Bourgeois ne constate aucune action favorable de la folliculine dans la dysménorrhée chez les tuberculeuses.

Le traitement que nous avons administré à nos malades consistait en des injections de folliculine : 4 injections par mois de 5 mgr. de benzoate de dihydro-folliculine à raison d'une injection par semaine ; auxquelles nous avons associé des ondes courtes : série de 10-12 séances — 3 séances par semaine. A défaut d'ondes courtes on emploie la diathermie.

Avec ce traitement associé nous avons eu d'assez bons résultats. Sans pouvoir augmenter considérablement le volume d'un utérus hypoplasique, on peut néanmoins, après deux ou trois mois de traitement, faire disparaître les douleurs des règles.

TRAITEMENT DES DYSMÉNORRHÉES
LIÉES A UNE MÉTRITE CERVICALE.

Les recherches sur l'étiologie de la dysménorrhée secondaire nous montrent que dans la majorité des cas elle est due à une infection utérine et péri-utérine subaiguë ou chronique.

C'est en traitant la paramérite et la métrite cervicale qu'on arrive soit à atténuer, soit à guérir la dysménorrhée.

Nous ne pouvons pas entrer ici dans les détails du traitement local des métrites ; tels que soins, injections, pansements.

A l'Hôpital Broca, nous avons vu l'amélioration des dysménorrhées secondaires graves, sous l'action de l'injection dans le col utérin du vaccin I. O. D. polyvalent N 4 (contenant staphylocoques, gonocoques, colibacilles, pyocyaniques, stérilisé par l'iode suivant le procédé de Ranque et Senez).

Les injections du vaccin se font dans le col utérin, de préférence dans la lèvre antérieure, une ou deux fois par semaine. Les doses sont croissantes : en commençant par $1/4 \text{ cm}^3$ on arrive à la dose de $1 \frac{1}{2}$ en augmentant par $1/4 \text{ cm}^3$ chaque fois. Le nombre d'injections varie de 3 à 5. La durée du traitement est en moyenne de trois semaines. Il ne faut pas oublier que l'injection du vaccin est suivie d'une forte réaction thermique, sans aucune gravité.

Les résultats observés sont les suivants : disparition complète des phénomènes douloureux, en particulier de la douleur spontanée, de la douleur à la pression ou à la mobilisation utérine, disparition

immédiate des pertes jaunes et disparition des douleurs des règles. L'érosion n'est que partiellement influencée. A la vaccinothérapie, on associe souvent les ondes courtes (10 séances à raison de 3 par semaine).

L'électrocoagulation est pratiquée à la fin du traitement précédent à l'aide d'une électrode bi-active. Cette intervention sera faite dans la semaine suivant la fin des règles. On préviendra la malade des pertes abondantes qui vont persister jusqu'à l'élimination de l'escarre.

TRAITEMENT DES DYSMÉNORRHÉES LIÉES A LA PRÉSENCE DES STÉNOSES CERVICALES.

Les traitements classiques employés dans les cas des dysménorrhées avec une sténose cervicale consiste dans les dilatations du col et la stomatoplastie.

Cette dernière préconisée par Douay était employée avec grand succès par Pozzi dans des cas de dysménorrhées organiques.

Cotte pense que cette opération convient à des cols hypertrophiques accompagnés d'endométrite cervicale. Actuellement la stomatoplastie est employée très rarement. On préfère dans les cas de sténose cervicale pratiquer des dilatations. On les pratique soit avec des tiges de laminaires, soit avec des bougies de Hégar ou mieux de Douay.

On commence la dilatation par une bougie passant facilement par l'orifice du col, et on augmente progressivement le diamètre des bougies, en arrivant à un numéro où la résistance est grande. On arrête la dilatation pour la reprendre quelques jours après.

Cette intervention étant chez ces malades-là sou-

vent très douloureuse, on est assez souvent obligé de recourir à l'anesthésie : c'est le chlorure d'éthyle et l'évipan sodique qui sont le plus recommandables ; anesthésie de courte durée mais facile à donner et n'entraînant pas de suites fâcheuses.

Cette dilatation méthodique du col utérin sera faite dans les cas de dysménorrhée utérine pure, due à la sténose cicatricielle à la suite d'applications de Filhos et du nitrate d'argent. Les sténoses cicatricielles après électro-coagulation sont plus rares.

Un passé infectieux, surtout une salpingite refroidie ou chronique pose une contre-indication formelle à la dilatation. Nous apportons l'observation d'une malade qui, à la suite d'une dilatation intempestive, a présenté une poussée salpingineuse sérieuse.

L'association de la dilatation et d'un traitement électrique, soit par les ondes courtes, soit par la diathermie, donne des résultats extrêmement favorables.

TRAITEMENT DES DYSMÉNORRHÉES LIÉES A LA PRÉSENCE D'UNE DÉVIATION UTÉRINE.

Les dysménorrhées liées à l'existence d'une position anormale de l'utérus sont traitées par la correction de cette dernière. Avant d'entreprendre des interventions sanglantes, il est facile de se rendre compte si une correction de position fera disparaître le phénomène douloureux. Il est facile de faire l'essai du pessaire, qu'on laissera en place pendant les règles suivantes. Si les douleurs diminuent ou disparaissent il est vraisemblable qu'une hystéropexie ou une ligamentopexie rendra la guérison de la dysménorrhée

complète et définitive. Cependant, comme le montrent quelques observations, on pourra voir la dysménorrhée réapparaître quelques années après l'intervention bien que la position de l'utérus semble correcte.

TRAITEMENT DES DYSMÉNORRHÉES LIÉES A LA PRÉSENCE D'UNE STÉNOSE TUBAIRE.

Les troubles fonctionnels de la sténose tubaire sont la dysménorrhée et la stérilité.

Le traitement essentiel de la sténose tubaire consiste dans l'insufflation tubaire associée à un traitement par ondes courtes ou diathermie. On prescrit souvent une cure par la folliculine. Guérison de la dysménorrhée.

TRAITEMENT DES DYSMÉNORRHÉES SANS CAUSES ÉVIDENTES. TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Dans l'étude de la dysménorrhée, il est parfois difficile, comme nous l'avons dit plus haut, de trouver la cause à laquelle on peut attribuer les douleurs au moment des règles.

L'influence d'une cause évidente, d'une lésion anatomique de l'appareil génital est souvent minime, et la suppression de celle-ci n'entraîne pas la guérison.

Nous avons vu plusieurs cas résistant à tous les traitements étiologiques.

C'est dans les cas où la cause de la dysménorrhée ne peut pas être mise en évidence qu'il nous semble logique de parler de dysménorrhée « essentielle » ou plutôt d'un état dysménorrhéique.

Le traitement de cet état chez les jeunes filles peut être prophylactique en les mettant à l'abri des troubles fonctionnels possibles. Séjour au grand air, exercices respiratoires, gymnastique et le sport sont à recommander. Il faudra veiller sur les fonctions intestinales et assurer leur régularité.

Le traitement hydrominéral est également recommandé.

On enverra aux stations chlorurée-sodiques les jeunes filles lymphatiques, anémiques et déprimées, chez lesquelles l'installation menstruelle tardive est irrégulière, capricieuse et peut créer un état dysménorrhéique.

La cure salée a un effet tonique, remontant, excitant, stimulateur des fonctions utéro-ovariennes.

La cure hydro-chlorurée serait encore indiquée dans la dysménorrhée consécutive à des poussées péritonéales d'origine bacillaires.

Le traitement général de même que le traitement des affections coexistantes sera indiqué plus particulièrement. Ainsi il faudra traiter l'obésité, myxœdème, maladie de Basedow. On instituera un traitement hypophysaire, thyroïdien, pluri-glandulaire, et on remarquera dans quelque cas heureux l'atténuation du syndrome douloureux.

TRAITEMENT PAR MASSAGE.

Plusieurs auteurs, en particulier Netter, insistent sur l'utilité du massage gynécologique dans le traitement de la dysménorrhée.

Celui-ci ne peut être prescrit qu'après un examen gynécologique minutieux.

Les dysménorrhées utérines par obstruction et rétrécissement du canal cervical, les dysménorrhées ovariennes avec congestion pelvienne menstruelle déterminant une compression des organes du petit bassin bénéficieraient du massage gynécologique. On le pratiquera dans les cas de paramétrite plastique, dans certains œdèmes résiduels, consécutifs aux inflammations pelviennes. Les rétrodéviations et les antéflexions utérines sont justiciables du massage, qui en redonnant une mobilisation suffisante de l'organe permettra une correction de la position.

On utilisera le massage gynécologique avec de grandes restrictions en le confiant à des personnes expérimentées.

Netter a observé d'excellents résultats.

En se basant sur les travaux de Netter on peut supposer que dans l'avenir le massage gynécologique trouvera une application plus fréquente dans le traitement de la dysménorrhée.

PHYSIOTHÉRAPIE

La diathermie et les ondes courtes sont recommandées dans les dysménorrhées dont l'étiologie est impossible à mettre en évidence et qui résistent à tous les autres traitements.

La diathermie est employée en raison de 3 séances par semaine, 10-12 par série. La durée de ces séances varie entre quinze et vingt minutes.

Mais c'est aux ondes courtes de préférence qu'on a recours en gynécologie.

Les ondes courtes : Les ondes courtes ne semblent pas avoir une action spécifique sur telle ou telle affection.

Elles constituent un moyen de traitement dont les indications sont nombreuses étant donnée la grande diversité des moyens d'actions, notamment :

- 1° *action analgésiante ;*
- 2° *action décongestionnante ;*
- 3° *action désinfectante.*

Les ondes courtes calment d'une façon presque constante les douleurs prémenstruelles et les douleurs des règles liées à la présence des métrites.

Peut-être aussi les ondes courtes employées dans les troubles endocriniens exaltent-elles la vitalité et les fonctions sécrétrices des tissus et régularisent leur équilibre vago-sympathique.

Dausset, dans ses travaux, étudie les applications des ondes courtes dans les déficiences et les dysfonctionnements pluri-glandulaires, associés à des dysménorrhées et aménorrhées. Il recommande des séances de trente minutes avec une puissance de 300-400 watts, 3 fois par semaine. Une série de 15 séances donne en général l'effet désiré. Cette méthode est employée aussi à l'Hôpital Broca.

Francillon Lobre et Leroy, dans le Service du Professeur Gosset, ont poursuivi des recherches systématiques sur le résultat du traitement de la salpingite subaiguë et chronique accompagnée parfois d'une dysménorrhée rebelle. Ils ont traité 211 malades par les ondes courtes avec d'excellents résultats.

Pour ces auteurs l'aménorrhée et la dysménorrhée d'origine hypophyso-ovarienne bénéficient aussi du traitement électrique.

Proust, Moricard et Pulsford, dans leur article, recommandent une prudence dans tout traitement électrique des affections gynécologiques, surtout inflammatoires. Ils commencent par des doses faibles en les augmentant progressivement.

Les résultats que nous avons obtenus par les ondes courtes ont été déjà mentionnés plus haut, à propos des hypoplasies et des métrites.

Nous voulons insister ici sur l'effet favorable dans les dysménorrhées « essentielles », rebelles, résistantes à tous les traitements.

Peut-être s'agit-il dans ces cas de dysménorrhées liées à des inflammations discrètes, atteignant par exemple les plexus hypogastriques ?

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical trouve en premier lieu son application dans les dysménorrhées où la cause anatomique est évidente. Ainsi l'intervention sur un kyste de l'ovaire, fibrome ou polype, endométrrome, entraîne souvent une guérison de la dysménorrhée.

La chirurgie s'emploie aussi avec succès dans les cas de dysménorrhées rebelles, où les douleurs résistent à tout traitement. C'est dans ces cas qu'on a proposé de faire une dilatation utérine, plus rarement curetage utérin.

Falke Holtz d'Upsal a suivi 27 cas de dilatations du col aux bougies de Hégar faites pour combattre les douleurs des règles. Il y a eu disparition de la dysménorrhée dans 12 cas, amélioration dans 8 cas, et échecs dans 7 cas.

Les interventions sur le sympathique, plus particulièrement sur le nerf présacré, mérite une étude plus spéciale. Les dysménorrhées les plus graves, rebelles, résistant à tout traitement médical et électrique et dont la cause n'est pas évidente relèvent de l'intervention sur le sympathique pelvien.

Nous citerons seulement la dilatation forcée de l'utérus, qui semblerait provoquer une allongation des filets du sympathique, injection de l'alcool et de la novocaïne au voisinage du plexus de Frankenhauser.

L'opération de Cotte sur le plexus présacré donne certainement des résultats beaucoup plus appréciables. Les indications de cette intervention peuvent se résumer en deux points : 1° résistance à tous les moyens thérapeutiques et 2° incapacité du travail et impossibilité d'une vie normale.

Cotte admet que la résection du nerf présacré doit être réservée aux cas dans lesquels le sympathique pelvien est seul en cause. Il a fait plus de 100 résections du nerf toujours avec un résultat excellent.

Si la résection est faite correctement, les malades ne connaissent plus les douleurs des règles.

Nous apportons quelques observations de dysménorrhées graves guéries par l'opération de Cotte.

Il nous semble utile de mentionner que parfois, avant de faire l'intervention, il est utile d'étudier le terrain et le psychisme de la malade. On pourra ainsi éviter des suites quelquefois fâcheuses (psychose post-opératoire). L'observation n° 36 nous montre des troubles psychiques devenus importants à la suite de la résection du nerf présacré.

Il ne faut pas oublier de même la possibilité des résections incomplètes avec récurrence de la dysménorrhée (1 cas).

OBSERVATION N° 1

Mme M... S..., consulte le 21 juillet 1937, pour stérilité primaire et règles douloureuses.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Au moment des règles depuis la puberté. Souffre le premier jour; sensation de pesanteur et de tension dans le bas-ventre

Règles. — Tous les 30 jours, peu abondantes, douloureuses.

Pertes. — Actuellement minimales.

Antécédents. — Blennorragie en 1935. Son mari et elle étaient soignés à l'hôpital au moyen de piqûres. Puberté à 12 ans 1/2.

Examen. — Petites lèvres atrophiques, presque absentes, utérus très petit, infantile, col petit en bon état.

Glaire translucide à l'orifice du col. Lugol pâle.

Biopsie faite au niveau du col et du vagin montre une métrite chronique, état folliculinique en phase prémenstruelle. Faire une gonoréaction.

Diagnostic. — Utérus infantile, vestiges d'une métrite chronique.

Traitement. — Dix séances d'ondes courtes.

8 oct. 1937 : la gonoréaction est négative, métrite en voie de résolution. Dernières règles 15-17 septembre. Erosion du col.

22 oct. 1937 : dernières règles 15-17 octobre.

Insufflation montre passage tubaire. Test de Knaus, réponse nette à la post-hypophyse : modification du niveau et du rythme

4 nov. : insufflation courbe de passage.

10 déc. 1937 : dernières règles 17-19 novembre, peu abondantes, indolores.

Toucher est indolore, normal. Continuer les ondes courtes.

17 déc. 1937 : les seins sont très douloureux, pas de colostrum. Utérus petit.

10 janv. 1938 : grossesse en évolution. Réaction de Friedmann.

OBSERVATION N° 2

Mlle M... A..., âgée de 16 ans, vient consulter le 30 novembre 1936 pour des douleurs avant et pendant les règles.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Avant et pendant les règles depuis la puberté. Commencent 1 ou 2 jours avant le début des règles, mais souvent irrégulières. Siégeant dans le bas-ventre avec irradiations lombaires, ces douleurs sont tellement intenses que la malade doit rester au lit.

Règles. — Assez régulières, peu abondantes, surtout les derniers mois.

Pertes. — Nulles.

Antécédents. — Puberté à 14 ans.

Examen. — Pratiqué par M. Palmer montre un utérus petit, hypoplasique, douleur dans la région du ligament utéro-sacré.

Diagnostic. — Dysménorrhée primaire Hypoplasie utérine.

Traitement. — 4 à 5 mg. de Benzogynoestryl, 10 séances d'ondes courtes.

11 janv. 1937 : dernières règles 17 au 21 décembre. La malade constate une amélioration. La dysménorrhée était moins intense, l'écoulement plus abondant.

25 janv. 1937 : amélioration. On décide de refaire une série de Benzogynoestryl. Règles de janvier moins douloureuses. Règles de février n'étaient pas douloureuses.

15 mars 1937 : dernières règles 2 au 7 mars, pas de douleurs ni avant ni après les règles, qui sont plus abondantes qu'avant. Au total, on a fait 8 piqûres de 5 mg. de Benzogynoestryl et 10 séances d'ondes courtes. L'examen montre *un utérus agrandi*.

12 avril 1937 : dernières règles 28 au 30 mars, avance de 4 jours, douloureuses, avant et après l'écoulement, peu abondantes.

Essayer piqûres d'hormoflaveine, 4 jours avant les règles.

La malade est partie.

15 mai 1938 : une lettre de la malade, dans laquelle elle fait

savoir qu'elle va très bien et que les règles ne sont plus douloureuses.

Il nous est impossible de savoir si le traitement lutéinique était poursuivi.

OBSERVATION N° 3

Mme C... I..., consulte le 31 janvier 1938, pour des douleurs dans le bas-ventre, vomissements, céphalée surtout occipitale.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Depuis un an la malade accuse une douleur dans le bas-ventre, cette douleur augmente le premier jour des règles. Souffre au moment des règles depuis la puberté.

Règles. — Tous les 28 jours, abondantes, très douloureuses. Dernières règles datent 20-24 janvier.

Pertes. — Blanches, jaunâtres, très abondantes. Elles amidonnent le linge. Pertes surtout abondantes depuis quelques années.

Antécédents. — Intoxication alimentaire il y a 7 ans.

Puberté à 14 ans.

Examen. — Fait par M. Palmer, montre une douleur à la palpation de l'abdomen au bord interne du cæcum, exagérée par l'extension de la cuisse. Sensibilité du plexus solaire.

T. V. vagin peu souple, *utérus petit, en antéflexion accentuée.*

Spéculum : petite érosion de la lèvre antérieure.

Diagnostic. — Dysménorrhée primaire, exocervicite.

Traitement. — Pansement à l'antiphlogistine, ondes courtes.

4 févr. 1938 : l'érosion persiste, annexe droite grosse et sensible, utérus toujours petit. Lugol foncé.

Douleur au pincement du col. En général, les organes sont très sensibles. Congestion des organes pelviens. La sonde introduite dans l'utérus provoque une douleur au moment du franchissement de l'orifice externe.

La malade ressent une amélioration.

Elle ne suit pas régulièrement son traitement, d'où difficulté dans l'appréciation des résultats. Des renseignements indirects laissent supposer que l'état de la malade est amélioré et que la dysménorrhée a presque disparu.

OBSERVATION N° 4

Mme G... D..., âgée de 35 ans, consulte le 1^{er} février 1937, pour des douleurs au moment des règles.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Dans le bas-ventre, depuis la puberté. La malade souffre pendant les règles et les 3 jours qui précèdent les règles. La malade souffre plus du côté droit. Sensation de coliques très douloureuses.

Migraines, tendance aux nausées, sensations tellement pénibles que la malade doit garder le lit. Le mariage en 1925 n'a rien modifié.

Règles. — Très peu abondantes, durent 2, 3 jours. Au mois de décembre et novembre les règles étaient irrégulières.

Pertes. — Blanches, de temps en temps.

Antécédents. — Puberté à 14 ans. Une fausse couche de 2 mois.

Examen. — Palpation abdominale : le ventre est douloureux, sans localisation précise dans le bas-ventre. Région vésicale semble douloureuse. Toucher vaginal : utérus attiré à droite, annexe gauche augmentée de volume.

Spéculum : col d'aspect normal avec une glaire translucide. Lugol normal. L'hystéromètre est arrêté à 3 cm. de l'orifice externe du col.

Diagnostic. — Dysménorrhée, stérilité primaire.

Traitement. — Ondes courtes.

Insufflation faite le 4 février, test de Knaus, hystérokymographie.

16 mars 1937 : dernières règles 10-13 mars, absolument indolores.

Hystérokymographie faite.

12 avril 1937 : dernières règles 3-6 avril, douloureuses. La douleur commencée après l'hystérokymographie persista jusqu'aux prochaines règles, se confondant avec la douleur de celles-ci. Pertes jaunes abondantes. Elle a eu 3 séances d'ondes courtes. La dernière séance fut suivie, 3 heures après, d'une crise dou-

loureuse. A l'examen : utérus gros, sensible à la pression. Col d'aspect normal. Paramètres semblent inflammés.

11 mai 1937 : dernières règles 30 avril-4 mai, moins douloureuses.

Insufflation faite, montre la perméabilité des trompes.

OBSERVATION N° 5.

Mme D... M..., consulte le 21 novembre 1935, pour fatigue et pour douleurs dans la fosse iliaque gauche.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE.

Douleurs. — Au moment des règles. Maximum de la douleur est le premier jour. La malade souffre depuis la puberté.

Règles. — Régulières, assez abondantes, très douloureuses.

Pertes. — Blanches muqueuses, parfois rosées.

Antécédents. — Rien à signaler de spécial.

Examen. — Utérus normal, ovaire gauche un peu sensible, col en bon état.

Traitement. — Injections chaudes, quelques pansements à l'antiphlogistine. Traitement reconstituant.

La malade revient le 20 novembre 1936 consulter pour stérilité primaire. La dysménorrhée persiste.

Insufflation. — Courbe de passage sans oscillations.

Les dernières règles datent du 4 au 9 décembre.

On prescrit à la malade 8 séances de diathermie.

8 janv. 1937 : dernières règles, 29 décembre au 4 janvier.

La malade a eu 10 séances de diathermie. Elle présente des pertes muqueuses claires, très abondantes, mais pas infectées.

Lugol normal. Insufflation est anormale.

Encore une série de 10 séances d'ondes courtes ; 4 fois 5 mg. benzo gynoestryl.

26 fév. 1937 : légère amélioration, souffre moins aux règles.

Insufflation. — Positive passage à 30 cm. de Hg. sans contractions, ensuite passage à 23 cm.

Continuer le traitement.

5 mars : amélioration de la dysménorrhée. Consulte toujours pour stérilité.

Insufflation tubaire montre passage sans oscillations à 13 cm. puis à la fin à 7 cm. de Hg. Douleurs bilatérales, plus accentuées à gauche. Passage plus net à gauche.

Continuer les séances de diathermie.

OBSERVATION N° 6.

Mme T... M..., âgée de 33 ans, consulte le 7 juillet 1937, pour règles douloureuses.

ETUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE.

Douleurs. — Depuis la puberté souffre au moment des règles. Pas d'amélioration après le mariage ni après un accouchement.

Douleurs prémenstruelles 10 jours avant le début et ensuite le maximum de la douleur est le premier jour. Douleur bilatérale avec irradiation dans la région lombaire.

Règles. — Régulières, mais en retard de temps en temps. Durée normale de 3 jours.

Pertes. — Blanches minimales.

Antécédents. — Puberté à 16 ans. Un accouchement il y a 6 ans.

Examen. — Montre une cystocèle et une rétroversion.

On opère la malade le 27 juillet 1937, périnéoraphie.

11 oct. 1937 : la malade consulte pour des pertes blanches très abondantes, épaisses, empesant le linge.

On prescrit ondes courtes.

8 nov. 1937 : trois fois après l'opération, la malade a eu des règles indolores. Actuellement les dernières règles du 2-6 novembre étaient un peu douloureuses. Douleurs lombaires surtout à gauche.

22 nov. 1937 : nausées et vomissements après la dernière séance d'ondes courtes. On cesse le traitement électrique.

10 janv. 1938 : dernières règles 1-3 janvier, douloureuses.

Examen ne montre rien d'anormal. On fait à la malade 5 cm³ de novocaïne à 1 % dans le paramètre.

24 janv 1938 : la malade revient car le 18 janvier, elle a eu une crise douloureuse qui a duré 2 heures. Les douleurs prémenstruelles par contre ont disparu.

Novocaïne 8 cm³ dans le paramètre.

21 fév. 1938 : dernières règles du mois de février ont été indolores. Examen montre un utérus en antéverson normale, un col en bon état, mais un ovaire droit sensible.

7 mars 1938 : dernières règles 24-28 février peu douloureuses.

On prescrit à la malade un repos et un régime reconstituant.

OBSERVATION N° 7

Mlle S... T..., âgée de 26 ans, présente depuis plusieurs années des règles extrêmement douloureuses.

INTERROGATOIRE

Douleurs. — Au moment des règles, sensation de torsions très douloureuses qui l'obligent à garder le lit. Depuis la puberté sensibilité au moment des règles mais de fortes douleurs ont apparu seulement quelques années après la puberté. Souffre les trois premiers jours surtout le premier et le troisième jour. Douleurs siégeant dans le bas-ventre et la région lombaire. L'abondance de l'écoulement soulage la malade.

Règles. — Régulières tous les 24 jours, durée 7 jours, abondantes.

Pertes. — Blanches minimales. Pertes hémorragiques entre les règles depuis 2 ans, accompagnant un état général déficient avec faiblesse et anémie.

Antécédents. — Puberté à 14 ans. Terrain arthritique. Rougeole, fièvre typhoïde.

La malade consulte en février 1937, un médecin qui lui ordonne la folliculine en gouttes 10 jours avant les règles. Ce traitement suivi par la malade donna des résultats désastreux.

Augmentation des hémorragies et des douleurs pendant et entre les règles.

La malade commence un traitement par l'hormone du corps

jaune (hormoflaveine Byla). On commence par 7 piqûres 10 jours après la fin des règles (17^e jour du cycle) pendant 7 jours.

Les injections sont intramusculaires.

Après 2 mois de traitement, les règles sont devenues nettement moins douloureuses, mais les pertes entre les règles persistaient toujours. On commence les piqûres 3 jours après la fin des règles et on atteint un résultat remarquable.

Disparition des pertes hémorragiques après 3 mois de traitement. L'écoulement menstruel est devenu plus liquide, les caillots ont disparu.

Actuellement le traitement est arrêté depuis 5 mois. La guérison semble être presque complète : pas de pertes hémorragiques, les règles sont indolores.

25 mai 1938 : Il faut signaler que les dernières règles ont été douloureuses comme avant et la malade décide de recommencer le traitement.

OBSERVATION N° 8

Mlle M... F..., âgée de 26 ans, présente depuis la puberté des règles terriblement douloureuses.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Atroces obligeant la malade à se coucher, survenant 2 jours avant et pendant les deux premiers jours. Sensation de pesanteur, de tension douloureuse, ensuite à type de coliques et d'élancements. Elles siègent dans le bas-ventre avec irradiations lombaires.

Règles. — Assez régulières, peu abondantes, durant 4-5 jours.

Peries. — Blanches inexistantes.

Antécédents. — Rien de spécial. Puberté à 14 ans.

La malade a été traitée par la folliculine, par des extraits pluriglandulaires, par l'antehypophyse.

Chaque crise a été soignée par un traitement symptomatique complet.

Tous ces traitements n'ont pas apporté d'amélioration et la malade souffrait à chaque période menstruelle.

Il y a 15 mois, la malade a commencé un traitement par le corps

jaune (D'après l'ordonnance du Dr Preysiger de Vienne, Proluton Schering). Quatre injections intra-musculaires par mois après le 15^e jour, depuis le début des règles et à 4 jours d'intervalle.

Ensuite, on a commencé les injections 8 et 6 jours avant les règles ce qui donna un résultat plus favorable.

Amélioration nette, presque miraculeuse, comme le dit la malade. On répète le traitement par le corps jaune tous les mois. Si avant une période menstruelle les injections manquent, la dysménorrhée revient comme avant.

OBSERVATION N° 9

Mme B... L..., âgée de 26 ans, consulte le 24 janvier 1938 pour des douleurs dans le bas-ventre surtout à gauche.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Depuis la puberté souffre 8 jours avant les règles. Après l'apparition de l'écoulement la malade continue à souffrir mais moins. Ce sont des torsions très fortes qui obligent la malade à interrompre son travail, ces torsions sont situées dans le bas-ventre, elles s'irradient dans la région lombaire et la cuisse gauche.

Lorsque les règles n'arrivent pas à la date normale, la malade souffre comme d'habitude. Douleurs à la miction.

Règles. — Irrégulières, tous les deux mois, avec des retards et des avances. Dernières dates de 4-9 janvier, douloureuses.

Pertes. — Blanches minimales.

Antécédents. — Puberté à 12 ans, se fait soigner pour maladie de Basedow depuis 1 an. Frigidité depuis 2-3 ans. Dispareunie.

Examen. — La malade est nerveuse, présente souvent des céphalées, de la somnolence. dort 12 h. Après une congestion pulmonaire hospitalisée dans un préventorium. Appendicectomie il y a 2 ans.

Examen. — Légère exophtalmie.

T. V. utérus petit en rétroversion, col en bon état.

Diagnostic. — Rétroversion.

Traitement. — Mise en place d'un pessaire n° 6.

31 janv. 1938 : revient car depuis la mise du pessaire présente des pertes blanches et des douleurs rectales et de tout le ventre.

Examen. — T. V. utérus en antéversion incomplète.

Spéculum : col en bon état. Garder le pessaire jusqu'aux règles.

7 fév. 1938 : amélioration de la douleur généralisée. Retard des règles. Malgré le pessaire la rétroversion réapparaît.

Biopsie faite : état folliculino-lutéinique, présence de glucogène. Dyspareunie persiste. Toucher vaginal douloureux à l'entrée 5 mmg. de folliculine par semaine, 10 séances d'ondes courtes. Continuer le pessaire.

5 mars 1938 : dernières règles 13-17 février avec 10 jours de retard, abondantes mais pas douloureuses. La rétroversion persiste malgré le pessaire. Continuer le traitement folliculinique. On enlève le pessaire.

21 mars 1938 : dernières règles 12-18 mars non douloureuses. La malade a eu en tout 3 piqûres de folliculine et 3 séances d'ondes courtes.

OBSERVATION N° 10.

Mme S... P..., âgée de 22 ans, consulte le 15 décembre 1937, pour règles douloureuses.

ETUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Accompagnant les règles depuis 5 ou 6 ans, atteignant leur maximum le premier jour, 5 heures après le début de l'écoulement, et obligeant la malade à s'aliter ; elles durent 12 h. Ces douleurs sont accompagnées de nausées et vomissements. Le siège de la douleur est dans le bas-ventre surtout à droite. Pendant la crise, la malade présente un état syncopal. Douleur à droite entre les règles.

Règles. — Régulières, abondantes, durée 8 jours, tous les 28 jours. Les dernières, datent du 18-25 novembre.

Pertes. — Blanches, abondantes, empesant le linge.

Antécédents. — Puberté à 13 ans. Incontinence d'urine à l'âge

de 14 ans. Depuis son mariage en 1936, la dysménorrhée va en augmentant. Les rapports sont douloureux.

Examen. — Etat général : malade nerveuse, depuis la puberté a un mauvais sommeil. Très irritable surtout avant les règles, moment de dépression avec des crises de larmes.

Examen neurologique montre : les réflexes tendineux et pupillaires normaux, sensibilité normale. Les extrémités sont froides. Léger goitre, légère exophtalmie. Tremblement menu. Pouls 90. Réflexe oculo-cardiaque 75 amphotrope. Seins normaux. Sous le sein gauche un petit mamelon.

Toucher combiné au palper montre un utérus en rétroflexion mobile, réductible par manœuvres classiques.

Diagnostic. — Dysménorrhée secondaire. Rétroflexion.

On fait un essai du pessaire. La malade attend ses règles pour le 19 décembre. Dix séances d'ondes courtes.

7 fév. 1938 : les règles du mois de décembre n'étaient pas douloureuses. On enlève le pessaire et au mois de janvier la dysménorrhée est revenue, cependant la malade ne présentait plus les malaises habituelles, ni des vomissements.

25 fév. 1938 : la malade a eu 10 séances d'ondes courtes la dernière, le 10 février. Les règles du mois de février étaient douloureuses. La malade continue les ondes courtes.

La radiographie de l'utérus est faite : tension 1/2-15, 1 1/2-12.

OBSERVATION N° 11

Mlle H... M..., âgée de 35 ans, consulte au mois de novembre 1936 pour pertes de sang entre les règles, et des règles extrêmement douloureuses.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Depuis la puberté la malade souffre au moment des règles. La douleur débute le 2^e jour, dure les jours suivants, atteignant son maximum quand l'écoulement est bien établi. Le siège de la douleur est dans le bas-ventre avec prédominance à gauche. Irradiation lombaire. Comme la malade le dit « elle

souffre énormément de ses reins ». En général, l'intensité de la douleur oblige la malade à garder le lit pendant la période des règles.

Règles. — Très douloureuses, régulières, tous les 23, 25 jours. Dernières règles 24-28 octobre 1936.

Pertes. — Blanches abondantes, empesant le linge. Dernièrement, la malade a eu des pertes de sang entre les règles. Ainsi une perte de sang du 18 au 22 novembre, que l'on peut rapporter encore à des règles normales, mais ensuite, après un arrêt de 11 jours, survient une nouvelle hémorragie, durant 4 jours. Le sang est pur sans caillots.

Antécédents. — Puberté à 14 ans, rien à signaler.

Examen. — Fait par M. Palmer est gêné par la présence de l'hymen. Le toucher rectal montre un utérus de volume normal, attiré vers la droite, la mobilisation de l'utérus est difficile, les annexes augmentées de volume.

Le diagnostic demande de suivre la malade et de faire les examens complémentaires. On prescrit des injections chaudes.

8 janv. 1937 : dernières règles, 29-2 janvier. On pratique une insufflation tubaire qui est négative à la pression de 150 mm. Hg.

On prescrit à la malade, 10 séances d'ondes courtes.

1^{er} fév. 1937 : dernières règles 21 janvier, 26 janvier toujours aussi douloureuses. Brûlures à la fin des mictions, pollakiurie diurne et nocturne. Constipation tenace.

Examen montre que les annexes restent douloureuses et empâtées, surtout l'annexe gauche.

1^{er} mars 1937 : dernières règles 16-21 février 1937, douloureuses, abondantes, non modifiées par les ondes courtes. On prescrit une nouvelle série. Examen : empâtement de l'annexe gauche.

5 mars : pas d'amélioration. On pense à un endométriose de l'ovaire gauche et on envisage une intervention avec résection du nerf présacré.

24 janv. 1938 : après le traitement par les ondes courtes la malade est soulagée, quoique les règles restent toujours très douloureuses. Peut-être une légère amélioration de la dysménorrhée après 16 séances de traitement électrique. Elle revient actuellement, car depuis 3 mois, elle souffre le long du trajet du nerf sciatique. Douleurs survenant à la fin des règles, nettement

à la fin de l'écoulement, durant 3 jours. Ce phénomène était observé 3 mois de suite, en octobre, novembre, décembre.

Les règles restent douloureuses toujours le 2^e jour. Dernières règles, 4-9 janvier 1938.

La malade apporte une lettre de son médecin dans laquelle il pose le diagnostic d'un kyste de l'ovaire ou du ligament large probable. Il conseille l'opération.

Examen. — Montre un utérus fixé à droite, une masse à gauche. Cette masse est grenue, irrégulière, sensible, immobile.

Sa situation paraît postérieure.

Le 29 janv. : la malade entre dans le Service et est examinée par le Professeur Mocquot au moment des règles. Constatation d'une masse de volume d'une mandarine à gauche. L'utérus est collé à la paroi pelvienne du côté droit.

4 fév. : la malade est examinée tout de suite après les règles, la masse persiste, son volume reste sans modifications.

La malade est opérée le 7 février 1938. On enlève un endométrio-me de l'ovaire. Hystérectomie. Suites opératoires bonnes. La malade sort de l'hôpital le 5 mars.

OBSERVATION N° 12

Mme Ch... I..., âgée de 28 ans, consulte le 4 octobre pour des règles douloureuses.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Depuis la puberté à l'âge de 14 ans, la malade souffre au moment de ses règles. Actuellement, il y a exacerbation de ces douleurs. Elles siègent dans le bas-ventre avec prédominance à droite. Le maximum de la douleur est le 3^e jour, à ce moment, l'écoulement s'arrête et reprend 12 heures après. Douleurs fortes dans les jours qui suivent les règles.

Règles. — Très abondantes, régulières, très douloureuses, durée 3 jours.

Pertes. — Blanches minimales.

Antécédents. — Puberté à 14 ans. Mariée depuis 7 ans 1/2. Pas d'amélioration par le mariage. Plusieurs traitements pour la

dysménorrhée, en particulier par l'électricité sur le col. Après chaque séance, comme le dit la malade, les règles n'étaient pas douloureuses, mais le résultat était peu durable.

Examen. — Fait par M Palmer montre : une vulve normale, T. V. col petit, utérus paraissant en antéflexion, releveurs hypertoniques. Spéculum : col d'aspect normal, glaire translucide à l'orifice du col.

Examen complémentaire fait le 8 octobre. Hystérosalpingographie montre l'image de diffusion de lipiodol et une masse collectionnée à droite (hydrosalpinx ?).

Diagnostic. — Dysménorrhée primaire, endométriome possible.

Traitement. — Comme la malade a déjà eu différents traitements, on décide de mettre la malade en observation.

25 oct. 1937 : Examen : col mou, utérus incliné vers la droite annexe droite augmentée de volume et un peu empâtée, mais non douloureuse. Spéculum : sécrétion glaireuse du col. Lugol très foncé. Bougie N° 28 introduite dans la cavité fondique rencontre une résistance au niveau de l'isthme.

28 oct. 1937 : la malade a eu ses règles le 24 octobre, les douleurs étaient moins fortes que d'habitude.

La malade est examinée par le Professeur Mocquot qui pose le diagnostic d'un endométriome probable et qui la fait entrer dans le Service.

Elle est opérée le 4 novembre, par M. Palmer : kyste de l'ovaire droit, tumeur utérine, composée de tissu conjonctif très dense. Dans le fragment examiné, cavité kystique avec épithélium cylindrique. Résection du nerf présacré. Colpotomie.

Règles 23 décembre, *absolument indolores.*

Règles 10 janvier, *absolument indolores.*

Actuellement on fait des ondes courtes sur la cicatrice opératoire.

OBSERVATION N° 13

Mme D... G..., âgée de 27 ans, consulte le 30 novembre 1937 pour de fortes douleurs au moment des règles.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Apparaissent 6 à 8 heures avant le début de l'écoulement, siègent dans le bas-ventre surtout du côté gauche ; à type de colique, ces douleurs sont très vives et durent 10 à 12 heures, cédant quand les règles deviennent plus abondantes. C'est après avoir expulsé des caillots et des petites chairs, que la malade souffre moins.

Cette dysménorrhée date depuis la puberté à 13 ans, mais actuellement depuis un an, il y a accentuation de la douleur.

Règles. — Normales régulières, tous les 28 jours.

Pertes. — Blanches minimales.

Antécédents. — Mariée depuis quelques années, sans modification de la dysménorrhée.

Actuellement, le 26 novembre, la malade a ressenti une douleur, semblable à celle de la dysménorrhée, survenant entre les règles. Les règles datent du 13 à 18 novembre.

Examen. — Fait par le Pr. Mocquot montre que la palpation est douloureuse surtout à gauche du bas-ventre.

T. V. montre une rétroversion et une rétroflexion, par ailleurs rien d'anormal.

Spéculum : col normal.

Lipiodol fait le 8 décembre 1937 par M. Palmer (4 clichés).

1^o Cliché 1 cm³ de lipiodol, la sonde intra-cervicale. — La pression est de 12 1/2 ;

2^o Cliché 3 cm³ de lipiodol, la sonde intra-cervicale. — La pression est de 10 ;

3^o Cliché 6 cm³ de lipiodol, la sonde intra-cervicale. — La pression est de 13 1/2 ;

4^o Cliché 1 cm³ de lipiodol, la sonde est dans la cavité fondique, la pression est de 6. L'injection de lipiodol jusqu'à 3 cm³ montre la pression de 3 1/2.

La malade est examinée quelques semaines plus tard et au moment des règles. Lugol est brun acajou foncé.

Dilatation avec des bougies de Douay : le n^o 13 passe sans grande difficulté provoquant néanmoins une douleur à gauche à 5 cm. de la ligne médiane et à mi-distance de l'ombilic et du pubis.

N° 16 légère résistance, n° 22 résistance et douleur très vive des 2 côtés *comme la douleur du moment des règles.*

25 mars 1938 : les règles étaient douloureuses. Après la dilatation les règles de janvier, février, mars étaient moins douloureuses.

A l'examen. — On constate la persistance de la rétroversion. Annexe gauche douloureuse reste collée à l'utérus.

OBSERVATION N° 14

Mme N. G..., âgée de 39 ans, consulte le 9 juillet 1937 pour des douleurs dans le bas-ventre et irrégularité des règles.

ETUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Quelques jours avant et pendant les règles. Douleurs surtout accentuées depuis son curetage en 35 suivi par une cautérisation au Filhos. Douleurs intenses à type de coliques dans les fosses iliaques avec irradiation dans la région lombaire. Souffre aussi entre les règles mais d'une façon irrégulière.

Règles. — Bien réglée avant, la malade présente depuis 1 an 1/2 des règles irrégulières dans leur durée et dans leur fréquence. Les dernières datent de 1-4 juillet.

Pertes. — Blanches, jaunâtres, peu abondantes.

Antécédents. — La malade a été traitée pour la syphilis. Plusieurs fausses couches, la dernière en 1935, après laquelle la malade présente des troubles. Curetage en 1935.

Examen. — Etat général : très fatiguée, très nerveuse.

Un toucher combiné au palper montre un utérus normal.

Spéculum : col un peu gros, aspect cicatriciel, glaires muco-purulentes à l'orifice, le canal cervical manque de souplesse. Lugol un peu pâle.

Diagnostic. — Dysménorrhée secondaire consécutive à une sténose cervicale.

Traitement. — Diathermie, ensuite dilation du col.

2 août 1937 : légère amélioration après 4 séances de diather-

mie, puis état stationnaire. Douleurs abdominales entre les règles. Pertes vaginales, blanches.

28 août 1937 : dernières règles 10-17 août toujours douloureuses.

Dilatation faite avec des bougies de Douay.

5 oct. 1937 : pas de règles au mois de septembre. Pertes jaunâtres. Seins augmentés de volume. Lugol irrégulier. Biopsie faite. Ovaire droit prolabé.

21 oct. 1937 : règles de 10 à 14 octobre moins douloureuses, depuis le 14, pertes de sang quotidiennes. Biopsie montre une dysplasie avec kératinisation de l'épithélium cylindrique. Lésion d'origine folliculinique.

27 janv. 1938 : règles du 14-17 novembre, du 2-15 décembre moins douloureuses. Depuis pas de règles. Bouffées de chaleur. Douleurs vaginales à type de piqure. Hydrorrhée, pertes jaunâtres. On prescrit des injections avec décoction de racines de guimauve.

3 févr. 1938 : retard de règles. Légère endocervicite avec une tache sur la lèvre antérieure. Biopsie faite.

21 févr. 1938 : pas de règles. Utérus normal, mobilité normale.

Résultat de biopsie : état folliculinique, vagin normal, glycogène normal.

22 févr. 1938 : examen par Prof. Mocquot : lésion de la muqueuse cervicale, quelques taches blanches, utérus abaissé, en position intermédiaire.

22 mars 1938 : dernières règles 3-7 mars douloureuses quelques jours avant et pendant.

Conclusion. — La malade présente une dysménorrhée consécutive à la cautérisation par le Filhos. Sténose cervicale. Après les dilatations la malade est soulagée et les règles suivantes sont presque indolores. Ensuite la dysménorrhée revient. La diathermie (16 séances) n'a pas apporté d'amélioration.

OBSERVATION N° 15

Mme C... T..., âgée de 30 ans, consulte le 27 septembre pour des règles douloureuses.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Depuis son mariage et plus spécialement depuis une fausse-couche souffre terriblement au moment des règles. Douleurs dans le bas-ventre avec irradiations lombaires 4 à 5 jours avant et le premier jour, plus accentuées à droite depuis la castration gauche en 1935.

Règles. — Peu abondantes, régulières, durent 3-4 jours, tous les 25 jours, très douloureuses.

Pertes. — Blanches minimes.

Antécédents. — Puberté à 14 ans, 4 fausses couches ; soignée à Broca pour une paramétrite gauche. Opération en novembre 1935, appendicectomie, castration gauche.

Examen. — Vulve normale, utérus en antéposition normale.

Annexe droite un peu sensible. La mobilisation utérine est douloureuse. Ligaments utéro-sacrés droits sont contracturés et douloureux. L'hystéromètre ne peut franchir l'isthme.

Diagnostic. — Disménorrhée par sténose isthmique.

Traitement. — Dilatation.

Dilatation faite avec des bougies de Douay jusqu'au N 22.

8 oct. 1937 : dernières règles, 15-17 octobre très douloureuses.

26 nov. 1937 : dernières règles, 13-16 novembre presque indolores.

On suppose que la douleur des règles du mois d'octobre se confondait avec la douleur après dilatation et que c'est seulement au mois de novembre que l'effet favorable de la dilatation se fait sentir.

On continue la dilatation et on prescrit des ondes courtes.

28 nov. 1937 : dilatation et biopsie.

Résultats de la biopsie : état folliculinique de la muqueuse utérine, présence de glycogène.

11 fév. 1938 : dernières règles, 7-9 février non douloureuses, la malade consulte pour stérilité.

Examen montre : utérus petit, avec un col gros et perméable. Insufflation perméabilité tubaire. Test de Knaus.

Tonus utérin 11.

On prescrit à la malade des ondes courtes.

11 mars 1938 : la malade ne suit pas son traitement, les règles de 2-4 mars étaient douloureuses. On recommande à la malade de faire des séances d'ondes courtes.

Règles du 28-30 mars sont absolument indolores.

OBSERVATION N° 16

Mme G... V..., âgée de 34 ans, consulte le 19 janvier 1938, pour des douleurs dans le bas-ventre, surtout le premier jour des règles.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Pendant les règles surtout le premier jour. La malade souffre beaucoup avant le début de l'écoulement, puis est soulagée par l'apparition de celui-ci. Les douleurs siègent dans le bas-ventre, plutôt à droite avec irradiation dans la région lombaire.

Les douleurs ont le caractère de coliques très douloureuses, elles cessent le 2^e jour, quand l'écoulement devient plus abondant. Souffre depuis la puberté.

Règles. — Peu abondantes, régulières, tous les 35-40 jours.

Pertes. — Blanches minimales.

Antécédents. — Puberté à 13 ans. Rougeole à 17 ans. Le médecin qu'elle a consulté a fait le diagnostic d'un kyste de l'ovaire.

Examen. — Le toucher vaginal est difficile, utérus normal.

Pas de masse annexielle. — Col très long. Une sonde en gomme rencontre un obstacle au niveau de l'isthme. Lipiodol à faire.

Diagnostic. — Sténose isthmique probable.

Hystérosalpingographie faite le 19 janvier :

Sonde intracervicale 1/2 cm³..... pression 10 (cliché).

— — 2 cm³..... pression 9 (cliché).

Sonde intracorporelle 2 cm³..... pression 5 (cliché).

Voir l'image des clichés. On peut penser que la sténose isthmique est la cause de la dysménorrhée.

Insufflation à faire.

OBSERVATION N° 17

Mme G... J..., âgée de 41 ans, consulte le 20 novembre 1936 pour des douleurs au moment des règles.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs : au moment des règles, surtout le premier jour. La malade souffre depuis sa puberté, elle a été soignée plusieurs fois par des dilatations du col. A la suite de ce traitement survenait une amélioration pendant 4-5 mois, ensuite les douleurs des règles réapparaissaient. Le mariage n'a pas apporté de modification de cet état.

Règles. — Régulières, peu abondantes, durent 3 jours, très douloureuses.

Pertes. — Blanches discrètes ; au moment des crises de salpingite, très abondantes, jaunes, empesant le linge.

Antécédents. — Puberté à 13 ans. Consulte pour des douleurs au moment des règles en 1912 à l'âge de 17 ans. Mariage à 24 ans, fausse couche quelques mois après. Crise de salpingite en 1921. La malade ainsi que son mari sont soignés à l'hôpital à la Martinique : gonococcie probable. Deux autres crises de salpingite en 1923 et 1927. En 1934 crise de paludisme, congestion de l'ovaire (?) avec une forte hémorragie.

Plusieurs dilatations du col, laminaires et bougies.

Examen. — Grosse masse annexielle droite.

La malade est admise dans le service et examinée par le professeur Mocquot. Palper abdominal : masse dans la fosse iliaque droite, lisse, régulière. T. V. utérus refoulé à gauche et en avant, mobile.

A droite de l'utérus tumeur ronde, régulière, donnant l'impression d'une tumeur solide, absolument indépendante de l'utérus. Rien à gauche. La situation haute de la tumeur, ainsi que son indépendance, font supposer une origine annexielle.

La malade est opérée le 3 décembre 1936 : kyste de l'ovaire droit. Ablation des annexes droites.

Suites opératoires normales.

La malade revient consulter le 22 février 1937 pour dysménorrhée.

Dilatation du col avec les bougies de Douay allant jusqu'au n° 20.

2 mars 1937 : règles le 1^{er} mars moins douloureuses et plus abondantes que d'habitude. Migraine pendant les jours des règles, mais les règles étaient nettement moins douloureuses.

9 mars 1937 : dilatation, allant jusqu'au n° 29; *écoulement de caillots* provenant des dernières règles et retenus par la sténose du col.

16 mars 1937 : dilatation, allant jusqu'au n° 28 ; anesthésie au chlorure d'éthyle. La malade présente des signes de tétanie, la main de l'accoucheur, le signe de Chvostek net.

19 mars 1937 : dilatation, allant jusqu'au n° 28, pas d'anesthésie, ébauche de Chvostek, surtout marqué à la lèvre supérieure.

Tonométrie avec ballonnets intra-utérins, injection intraveineuse de l'orastin Behring.

A la suite des dilatations la malade présente une forte crise de salpingite avec douleurs, écoulements et fièvre. Elle est hospitalisée à Broca.

OBSERVATION N° 18

Mme T..., âgée de 45 ans, consulte le 11 avril 1938, pour des pertes de sang entre les règles.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Très discrètes, simplement sensations de pesanteurs de temps en temps, plus perceptibles à gauche. Aucune douleur au moment des règles.

Règles. — Régulières, assez abondantes, tous les 28 jours.

Les règles sont absolument indolores.

Pertes. — Blanches inexistantes. Dernièrement pertes rouges entre les règles.

Antécédents. — Rougeole, oreillons, grippe au mois de février.

Soignée pour une métrite il y a quatre ans, crise avec fièvre et pertes abondantes. Cautérisation au nitrate d'argent.

Trois enfants, une fausse couche il y a 5 ans.

Dernières règles. — 4-10 avril.

Examen. — Fait le 11 avril, montre que le col semble incorporé à l'isthme. Masse fluctuante dans la partie basse de l'utérus. Orifice externe invisible, impossibilité absolue d'explorer le canal cervical. Cette anomalie semble due à la cautérisation par le nitrate d'argent.

Diagnostic. — Sténose cicatricielle.

Traitement. — On demande à la malade de revenir au moment des règles suivantes afin de pratiquer une dilatation.

2 mai 1938 : la malade revient au moment des règles qui ont commencé le 28 avril.

Examen montre un utérus un peu mou, dans sa partie basse une zone fluctuante, dépressible, de la taille d'une noix.

Spéculum : lugol brun. Dilatation cervicale avec des bougies de Douay n^{os} 10 à 17. La dilatation permet l'évacuation du sang menstruel avec des caillots retenus dans l'utérus.

Conclusions. — La sténose cicatricielle formant un obstacle mécanique empêche un écoulement libre du sang menstruel. Celui-ci se collecte dans la partie basse de l'utérus. Nous avons constaté une masse fluctuante, le lendemain de la fin des règles. La femme perdait donc dans la période intermenstruelle le sang collecté, qui s'écoulant progressivement expliquait les pertes hémorragiques. Nous voyons ensuite, la malade au moment des règles suivantes et nous constatons qu'une dilatation cervicale par les bougies de Douay, permettait l'évacuation du sang menstruel. Déjà, le 1^{er} jour des règles, la quantité était assez considérable formant une zone fluctuante et dépressible.

Le fait le plus intéressant consiste en l'absence complète des douleurs au moment des règles. Malgré la sténose, malgré la collection sanguine qui se formait régulièrement, les règles étaient absolument indolores.

OBSERVATION N^o 19

Mme G... S..., âgée de 26 ans, consulte le 17 septembre 1937 pour métrorragie et règles douloureuses.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs — Lombaires et dans le bas-ventre depuis une fausse couche, se manifestant au moment des règles.

Règles. — Très abondantes douloureuses ; dernièrement les règles datent du 7-13 août, après la malade a perdu du 22 août au 11 septembre.

Pertes. — Blanches, abondantes, surtout après une fatigue.

Antécédents. — Puberté à 13 ans, un enfant de 7 ans, une F. C. en 1929, souffre depuis. Hospitalisée à ce moment pour une salpingite.

Examen. — T. V. utérus normal, empatement des deux culs-de-sac qui sont douloureux.

Spéculum. — Erosion de la lèvre antérieure.

Diagnostic. — Métrorragie vraisemblablement liée à une salpingo-ovarite infectieuse, dysménorrhée secondaire de même nature.

Traitement. — Vaccin dans le col 1/2 cm³. Diathermie.

21 sept. 1937 : 3/4 cm³ vaccin I. O. D. n° 4.

24 sept. 1937 : 1 cm³ vaccin....

1^{er} oct. 1937 : 1 1/2 cm³ vaccin . .

Règles, 2-5 octobre.

3 oct. 1937 : vaccin.

15 oct. 1937 : culs-de-sac latéraux toujours empâtés et douloureux. Erosion persiste. Vaccin 1 1/4 cm³.

22 oct. 1937 : ne perd plus de sang, mais la cervicite persiste, pertes blanches toujours abondantes.

Vaccin 1 1/2 cm³.

26 oct. 1937 : vaccin 1 1/2.

29 oct. 1937 : vaccin 1 1/2.

6 nov. 1937 : électro-coagulation faite.

7 déc. 1937 : dernières règles, 30 novembre.

T. V. utérus en antéverson, cul-de-sac droit, annexe droite sensible, à gauche cul-de-sac libre.

Spéculum : col d'aspect normal, sauf petit bourgeon saignant au contact sur la lèvre antérieure. Biopsie faite.

17 déc. — Biopsie : ulcération avec réaction inflammatoire et état dystrophique de la muqueuse. Col en bon état.

Ondes courtes.

11 fév. 1938 : T. V. rien d'anormal.

Spéculum : aspect normal.

Dernières règles, 21-28 janvier absolument indolores.

OBSERVATION N° 20

Mme T.. M .., âgée de 30 ans, consulte le 5 novembre 1936 pour des douleurs dans le bas-ventre.

ETUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE.

Douleurs. — Dans le bas-ventre et dans la région lombaire depuis son dernier accouchement il y a 1 an 1/2. Ces douleurs augmentent pendant les règles ; ce sont des tensions et des coliques douloureuses. La malade souffre surtout les 3 premiers jours des règles ; les derniers jours sont moins pénibles.

Règles — Régulières, durent 5 jours, très douloureuses. Contenant souvent des caillots, elles sont peu abondantes. Dernières règles 15-20 octobre.

Pertes. — Blanches, minimes.

Antécédents. — Puberté à 12 ans, 3 enfants.

Examen. — Utérus mobile, mais douloureux à la mobilisation. Col irrégulier, gros, lèvre antérieure tuméfiée, Lugol normal.

Diagnostic. — Métrite et paramétrite.

Traitement. — Par le vaccin intracervical et la diathermie.

Pansement à l'antiphlogistine.

14 déc. 1936 : dernières règles 4 à 9 décembre nettement moins douloureuses. Vaccin I. O. D. 1/2 cm³.

21 déc. 1936 : la malade sent une amélioration, perd moins, les pertes sont moins épaisses, la lèvre antérieure du col utérin est moins tuméfiée. Continuer le vaccin.

11 janv. 1937 : dernières règles douloureuses, mais les pertes sont nettement diminuées. Dernières règles, 31 décembre-5 janvier.

15 janv. 1937 : vaccin 1 cm³.

18 janv. 1937 : vaccin 1 cm³.

1 mars 1937 : dernières règles 25 janvier-2 février moins douloureuses.

La mobilisation utérine paraît indolore.

Dernières règles 23-28 février, moins douloureuses, presque pas de pertes. Il persiste une érosion sur la lèvre antérieure dimension d'une pièce de 50 cm. Coagulation à faire.

5 avril 1937 : vaccin 1 cm³. Erosion diminue, coagulation à faire.

La malade ressent une amélioration nette.

OBSERVATION N° 21

Mme V... M..., âgée de 30 ans, vient consulter le 29 novembre 1937 pour des douleurs au moment des règles et des pertes blanches.

ETUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE.

Douleurs. — Au moment des règles depuis son dernier accouchement il y a 7 ans. Avant l'apparition de l'écoulement la malade éprouve une sensation de pesanteur, ensuite arrivent des coliques. Le siège de la douleur est dans le bas-ventre, à gauche surtout, l'irradiation est lombaire. Douleurs à la miction avec envies fréquentes d'uriner, surtout dans la journée.

Règles. — Douloureuses les 3 premiers jours, abondantes, avec caillots depuis son accouchement en 1930.

Pertes. — Blanches abondantes, surtout depuis l'accouchement.

Antécédents. — Il y a 4 ans une ligamentopexie pour dysménorrhée. Cette opération est restée sans résultat car la malade n'a pas cessé de souffrir. Le 15 août 1936 une fausse couche de 3 mois, non suivie d'un curetage. Depuis ce temps, la malade prétend avoir des pertes sanglantes pendant plusieurs mois.

Examen. — Fait par M. Palmer montre : annexe gauche un peu empâtée, douloureuse, col un peu gros, pas d'érosion du col. Prélèvement à faire.

Diagnostic. — Annexite, endométrite cervicale.

Traitement. — Pansements à gynolactosmose, ondes courtes.

30 nov. 1937 : le prélèvement est négatif.

La gono-réaction est positive.

Examen. — Annexes douloureuses, cul-de-sac gauche libre, la mobilisation de l'utérus n'est pas douloureuse.

Spéculum : col normal.

24 déc. 1937 : dernières règles 10-17 décembre absolument indolores. Pour la première fois depuis 7 ans la malade n'a pas souffert au moment des règles. Elle a eu 7 séances d'ondes courtes.

Examen. — Col normal au toucher, utérus dévié en avant et vers la droite. Annexe gauche sensible et perceptible.

Spéculum : quelques œufs de Naboth. Lugol pâle.

11 janv. 1938 : dernières règles 1-9 janvier, non douloureuses.

Examen. — Col en bon état. Toucher normal. Continuer le traitement.

15 févr. 1938 : dernières règles 5-11 février. La malade a souffert 8 jours avant les règles, les pertes blanches ont disparu.

Examen. — Rien à signaler. En tout 18 séances d'ondes courtes.

25 mars 1938 : dernières règles 3-8 mars absolument indolores.

Examen montre un col normal. T. V. normal.

OBSERVATION N° 22

Mme M... A..., âgée de 28 ans, consulte le 27 septembre 1937 pour des douleurs dans le bas-ventre.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Dans le bas-ventre 8 jours avant les règles et pendant toute la durée. Ayant les caractères d'élancements pénibles ; ces douleurs sont tellement prononcées, que la malade est obligée de s'aliter. Les douleurs se sont accentuées surtout depuis son dernier accouchement il y a 3 ans.

La dysménorrhée primaire n'était pas améliorée par le mariage.

Règles. — Irrégulières, très abondantes, durant 8-10 jours. Toutes les 3 semaines, quelquefois toutes les 2 semaines. Pertes de sang souvent le matin. Dernières règles 17-24 septembre.

Pertes. — Blanches surtout depuis son dernier accouchement.

Antécédents. — Puberté à 13 ans, 2 enfants. Présente des troubles génitaux depuis son 2^e accouchement en 1935. Absès froid à 4 ans.

Examen. — Etat général : la malade est nerveuse, présente des cauchemars, tremblements. Le cou un peu gros.

Examen génital. — Vulve normale. Toucher combiné au palper : utérus en rétroversion, flexion mobile, réductible.

Spéculum montre un ccl abaissé à 3 cm. de l'orifice vulvaire.

Ovaire gauche prolabé et sensible.

Une grosse cervicite avec érosion.

Gono-réaction à faire.

Diagnostic. — Métrite cervicale. Dysménorrhée primaire aggravée.

Traitement. — Par le vaccin et ondes courtes.

7 oct. 1937 : vaccin 1/5 cm³ I. O. D. ; 4-5 séances d'ondes courtes.

Gono-réaction négative. Hecht $\pm$.

8 oct. 1937 : vaccin 1/2 cm³.

18 oct. 1937 : dernières règles 11-16 octobre, la malade a souffert le premier jour mais pas les jours suivants. Continuer le vaccin, l'érosion en voie de résolution.

19 oct. 1937 : vaccin 3/4 cm³.

22 oct. 1937 : vaccin 1/2 cm³.

26 oct. 1937 : vaccin 3/4 cm³.

29 oct. 1937 : vaccin 1 cm³.

16 nov. 1937 : dernières règles 8-14 novembre, utérus toujours en rétroversion mais réductible, ovaire gauche prolabé.

Electro-coagulation exocervicale faite.

18 déc. 1937 : dernières règles 5-12 décembre, douloureuses comme toujours, à l'examen rien de changé.

22 janv. 1938 : règles en retard le 12 janvier. Depuis la malade perd du sang et un liquide louche. Douleurs dans le bas-ventre.

T. V., cul-de-sac latéral droit libre, le gauche comblé. Masse annexielle importante. Douleur exquise du Douglas.

T. R., masse bombante dans le rectum très douloureuse.

Spéculum : col d'aspect normal, sang à l'orifice.

La malade est admise dans le Service avec le diagnostic d'annexite *post-abortionum*. Propidon, glace.

3 fév. 1938 : la malade est vue par le Professeur Mocquot : utérus attiré à gauche, mobilisation douloureuse. Continuer compresses, lavements chauds.

24 fév. : la malade est vue par le Professeur Mocquot qui constate la persistance d'une rétroversion, décide l'intervention chirurgicale.

Opération le 1^{er} mars 1938 : raccourcissement des ligaments ronds, cloisonnement du Douglas.

La malade sort de l'hôpital le 17 mars, très fatiguée. Elle a eu ses règles du 3 au 7 mars après l'opération.

28 mars 1938 : Examen de révision : utérus dans l'axe du vagin.

OBSERVATION N° 23

Mme L... D..., âgée de 38 ans, consulte le 17 juin 1937 pour règles douloureuses.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Depuis son mariage en 1927, règles très douloureuses. Souffre 1 ou 2 jours avant et le premier jour. Etant jeune fille n'a jamais souffert. Depuis son mariage, après une maladie dont la malade ne peut spécifier la nature, les règles sont devenues douloureuses. Entre les règles qui sont régulières, tous les 28 jours, la malade souffre dans le bas-ventre. Sensation de pesanteur, ballonnement abdominal, avec céphalée, douleurs lombaires.

Règles. — Régulières, très peu abondantes, ne durent que 2 jours.

Pertes. — Présence.

Antécédents. — Salpingite à gauche il y a trois ans.

Examen. — Utérus hypotonique. Pas de lésions annexielles.

Insufflation. — Douleur vive à gauche Passage discret à droite.

Diagnostic. — Dysménorrhée secondaire après le mariage.

Traitement. — 10 séances d'ondes courtes.

1^{er} oct. 1937 : les règles des mois de juillet, août et septembre étaient indolores. Dernières règles 27-30 septembre, douloureuses.

8 oct. 1937 : Depuis 4 semaines souffre à gauche.

Insufflation montre une courbe d'obstruction.

Gono-réaction dans le sang est négative.

Lipiodol-passage dans le péritoine.

Continuer les séances d'ondes courtes.

5 nov. 1937 : dernières règles 25-27 octobre, absolument indolores.

Examen : rien à signaler.

OBSERVATION N° 24

Mme C... I..., âgée de 30 ans, consulte le 8 juillet 1937, pour stérilité et douleurs dans le bas-ventre.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Depuis son mariage, douleurs les 3 ou 5 jours qui précèdent les règles. La douleur continue le premier jour et cesse quand l'écoulement devient plus abondant. Le siège de la douleur est dans l'hypogastre gauche, l'irradiation se fait vers la région lombaire et la cuisse gauche. Ces douleurs ont été améliorées par une opération par voie vaginale, 5 ans après son mariage. Amélioration pendant un an, ensuite reprise des douleurs.

Règles. — Régulières, très douloureuses. Céphalée, nausées, vomissements accompagnant la période menstruelle.

Pertes. — Discrètes, sans importance.

Antécédents. — Puberté à 13 ans, mariage en 1928, opération (?) en 1933. Depuis la fièvre typhoïde en 1931, présente des diarrhées fréquentes, avec vomissements alimentaires et aqueux.

Ventre souvent ballonné. Depuis 1933, crises de paludisme,

Examen. — Utérus petit. Col normal, annexes non perceptibles.

Au spéculum : on voit une section bicommissurale du col, trace opératoire ; l'hystéromètre pénètre facilement et permet de mesurer la longueur de la cavité utérine qui est de 7 cm.

Insufflation. — Obturation presque totale.

15 juil. 1937 : consulte le deuxième jour des règles, car depuis l'insufflation souffre tout le temps et surtout à gauche.

Le jour de l'insufflation a perdu un peu de sang.

On prescrit le repos et 10 séances d'ondes courtes.

2 août 1937 : le traitement électrique apporte une amélioration. Seins douloureux. On prescrit de la folliculine en injections hebdomadaires.

3 sep. 1937 : la malade a eu 10 séances d'ondes courtes et 4 piqûres de folliculine. Amélioration de son état général, Insufflation tubaire montre une obturation presque complète.

24 sep. 1937 : dernières règles 12-15 septembre, nettement moins douloureuses. Insufflation, obturation.

La malade est opérée le 30 septembre, résection de la trompe droite, implantation ovaro-utérine droite

Règles le 26 octobre, très peu douloureuses. Sort de l'hôpital le 27 octobre.

OBSERVATION N° 25

Mme N... M..., consulte le 11 janvier 1937 pour des douleurs dans le bas-ventre.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Dans le bas-ventre surtout au moment des règles. Ces douleurs datent depuis son mariage.

Règles. — Très douloureuses, régulières, assez abondantes.

Pertes. — Blanches tachant et empesant le linge. Elles datent depuis son mariage.

Souffre au maximum le premier jour.

Antécédents. — Puberté à 13 ans, rien de spécial à signaler.

Examen. — Le toucher vaginal ne montre rien d'anormal.

Spéculum : pareil.

On pose le diagnostic d'endocervicite et on prescrit des ionisations intracervicales.

Disparition des pertes et amélioration de la dysménorrhée.

OBSERVATION N° 26

Mme B... G..., âgée de 38 ans, consulte le 30 novembre 1936 pour des douleurs dans le bas-ventre.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Depuis une fausse couche en septembre 1934, souffre au moment des règles. Douleur bilatérale dans les deux fosses iliaques, surtout le premier et le deuxième jour.

Règles. — Régulières, très peu abondantes depuis la fausse couche.

Pertes. — Blanches, peu importantes.

Antécédents. — Puberté à 13 ans. Un enfant de 12 ans, une fausse couche en septembre 1934.

Examen. — Légère descente vaginale, T. V. rien d'anormal.

Spéculum : col très déchiré, mobilisation non douloureuse.

Incontinence vésicale.

Diagnostic. — Dysménorrhée secondaire.

Traitement. — Ondes courtes. Revenir ensuite.

11 janv. 1937 : dernières règles, 24-25 décembre.

Le traitement a apporté une amélioration et les dernières règles étaient indolores. Actuellement, la malade souffre depuis 24 heures. Pouls à 100. Tremblement des extrémités.

Examen. — Douleur à la mobilisation utérine de gauche à droite. L'utérus se trouve dans l'axe.

Spéculum : col gros déchiré avec de nombreux œufs de Naboth.

Galvanocautérisation de 5 œufs de Naboth.

5 avril 1937 : dernières règles, 24 février, elle vient pour aménorrhée.

Au mois de mars absence de règles, mais des douleurs à la date de celles-ci. Pas de pertes. Pollakiurie.

Examen. — descente de la paroi antérieure et postérieure.

T. V. rétroversion.

T. R. hémorroïdes, toucher douloureux.

Spéculum : col en même état.

Insufflation faite, courbe à rythme utéro-tubaire.

Traitement : injection de folliculine et ondes courtes.

Règles apparues le 10 avril, ont duré 2 jours, assez abondantes.

9 mai 1937 : la malade continue le traitement. Règles le 4 mai très peu abondantes mais non douloureuses.

OBSERVATION N° 27

Mme R... C..., âgée de 29 ans, vient consulter pour des douleurs dans le bas-ventre et des troubles des règles.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Depuis son dernier accouchement en février 1935, la malade souffre continuellement dans la région sacro-iliaque.

Des douleurs extrêmement pénibles au moment des règles, surtout la veille et le premier jour.

Règles. — Les dernières règles normales datent du mois de janvier 1936, ensuite la malade a des pertes de sang de temps en temps. Ainsi la malade a perdu le 26 janvier, le 31 janvier et le 1^{er} février. Règles très douloureuses depuis son dernier accouchement en 1935.

Peries. — Blanches, épaisses, depuis l'accouchement.

Antécédents. — Puberté à 14 ans, 4 enfants.

Examen. — Etat général, rien à signaler.

Au toucher utérus normal, le spéculum montre un col gros, congestionné, saignant facilement au contact. Lipiodol à faire.

Diagnostic. — Métrite, dysménorrhée secondaire.

Traitement. — Par le vaccin intracervical I. O. D. n° 4 suivant la technique habituelle, associé aux ondes courtes.

OBSERVATION N° 28

Mme R... C..., vient consulter pour des douleurs dans le bas-ventre et pertes blanches.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Les jours qui précèdent les règles. La malade souffre depuis son accouchement il y a 1 an et demi.

Règles. — Régulières, assez abondantes, très douloureuses.

Pertes. — Blanches, épaisses, non fétides, depuis son accouchement.

Antécédents. — Rien de spécial.

Examen. — Utérus normal, col gros, œufs de Naboth, aspect érosif du col. Lugol normal.

Diagnostic. — Métrite cervicale.

Traitement. — Diathermie, ensuite coagulation.

OBSERVATION N° 29

Mme A... S..., âgée de 26 ans, consulte le 22 juillet 1937, pour règles douloureuses et douleurs dans le bas-ventre. Stérilité primaire.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Au moment des règles depuis sa puberté. Le maximum de la douleur est le premier jour, mais la malade souffre ensuite pendant les autres jours des règles. La douleur est médiane, elle a le caractère de coliques et de torsion.

Règles. — Irrégulières tous les 18-20 jours, peu abondantes, avec caillots. Durée de 3 jours. Dernières règles datent du 18-21 juillet.

Pertes. — Blanches, peu abondantes.

Antécédents. — Rien de spécial.

Examen. — Par M. Palmer : état général normal.

Examen génital. — Vulve normale, toucher combiné au palper montre un utérus petit en rétroversion mobile.

Spéculum, pertes glaireuses assez claires, Lugol très noir.

Insufflation faite.

Diagnostic. — Métrite, dysménorrhée primaire.

Traitement. — Par le vaccin.

17 août 1937 vaccin 1/4 cm³. Gono-réaction positive.

OBSERVATION N° 30

Mme F... J..., âgée de 22 ans, consulte le 14 décembre 1936 pour des pertes blanc-jaunâtres et des règles très douloureuses.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Au moment des règles depuis environ un an et demi.

Souffre 2 à 3 jours avant et le premier jour des règles.

Nausées, constipation.

Règles. — Régulières, très abondantes avec des caillots, durent 5 jours, douloureuses.

Pertes. — Blanches, jaunâtres, abondantes, tachant, empesant le linge depuis un an et demi.

Antécédents. — La malade ne donne pas de précisions.

Examen. — Périnée dur, utérus petit, antéfléchi, mais le col semble basculé en avant; pas de masse annexielle.

Spéculum. — Col violacé avec une érosion d'un franc, glaires muco-purulentes.

Diagnostic. — Métrite cervicale.

Traitement. — Vaccin dans le col, ondes courtes.

21 déc. 1936 : la malade accuse une amélioration nette.

Les pertes sont diminuées, l'érosion a diminué.

Vaccin I. O. D. 3/4 cm³, injection facile.

18 janv. 1937 : la réaction après le dernier vaccin était très forte, t. 40° avec frissons.

Actuellement amélioration remarquable. Diminution des pertes blanches.

Dernières règles 5-9 janvier 1937, *non douloureuses*.

Examen. — Malade très nerveuse, légère exophtalmie, tremblement des extrémités.

Examen gynécologique. — Montre une diminution de l'érosion qui saigne facilement au contact.

Ionisation intracervicale.

OBSERVATION N° 31

Mme P... L..., âgée de 24, ans consulte le 3 juillet 1936 pour de fortes douleurs hypogastriques.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Dans le bas-ventre depuis un mois. A ce moment la malade a eu une crise douloureuse avec forte fièvre.

Souffre au moment des règles depuis le mariage. Douleurs commencent quelques jours avant la date et durent le premier jour. Sensation de tension très douloureuse.

Règles. — Régulières, mais depuis 3 mois avancent de quelques jours et durent plus longtemps.

Pertes. — Pas de pertes blanches.

Antécédents. — Puberté à 14 ans 1/2. Un enfant de 2 ans.

Examen. — Utérus dévié à droite. A gauche et à droite une masse annexielle du volume d'une petite orange, sensible et peu mobile.

Spéculum : lèvre antérieure boursouflée et adénomateuse, col un peu déchiré.

Diagnostic. — Salpingite chronique.

Traitement. — A surveiller.

7 juillet 1937 : utérus rétrofléchi et complètement couché à droite. La masse annexielle gauche a diminué de volume, elle est molle, grosse comme une noix et vient s'attacher au col.

La malade souffrait beaucoup dernièrement et on décide une intervention chirurgicale. Elle entre dans le Service et est

opérée le 6 août 1936. Avant l'opération présente des signes fonctionnels tels que pertes abondantes et douleurs.

Opération : excision de l'annexe gauche.

30 avril 1937 : la malade revient pour règles douloureuses et constipation. Après l'opération les règles n'étaient pas douloureuses durant plusieurs mois mais actuellement réapparition des douleurs. Souffre 2-3 jours avant et le premier jour. Les douleurs cessent quand l'écoulement devient plus abondant. Dernières règles 20-27 avril.

Examen. — Montre une érosion de la lèvre antérieure, une métrite cervicale. Injection du vaccin I. O. D. Diathermie.

Règles du mois de mai, moins douloureuses. Continuer le traitement par le vaccin. Revenir après les prochaines règles pour une électrocoagulation

OBSERVATION N° 32

Mme P... S..., âgée de 37 ans, consulte le 9 août 1937 pour stérilité secondaire.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Au moment des règles depuis la puberté. Souffre surtout le premier jour. Douleurs médianes s'irradient dans le dos. Après l'opération d'une rétroversion, légère amélioration, ensuite douleurs comme avant.

Règles. — Irrégulières abondantes, douloureuses, durent 5 jours.

Pertes. — Blanches, empesant le linge.

Antécédents. — Puberté à 14 ans, mariée depuis 1915, opérée en 1918 de rétroversion. Fausse-couche en 1917.

Examen. — Utérus de forme et de volume normal. Petite érosion de la lèvre antérieure.

Gonorréaction faite, est positive.

Diagnostic. — Métrite cervicale.

Traitement. — Vaccin I. O. D. coagulation ensuite.

14 août 1937 : 1/2 cm³, vaccin dans le col.

17 août 1937 : 1 cm³ vaccin dans le col suivi d'une grande réaction.

20 août 1937 : 1 1/2 cm³ vaccin dans le col.

28 août 1930 : dernières règles, 22-26 août, douloureuses. Coagulation faite.

15 sept. 1937 : col en bon état. Insufflation à faire.

1^{er} oct. 1937 : examen gynécologique montre : vulve peu développée, utérus de volume et de position normaux, mobilisation indolore ; cul-de-sac gauche pas absolument libre. Insufflation, passage tubaire normale.

8 oct. 1937 : Insufflation et test de Knaus. Réponse nette. Biopsie faite.

22 oct. 1937 : dernières règles 15-20 octobre pour la première fois non douloureuses. La biopsie montre des signes d'activité sécrétoire, trace de glycogène, état folliculinique en transformation lutéinique.

19 nov. 1937 : fécondation artificielle.

10 déc. 1937 : dernières règles, 3-7 décembre, non douloureuses. Ondes courtes.

27-1^{er} janv. 1938 : dernières règles, 22-27 janvier, douloureuses surtout à droite. Tonus utérin pris avec l'appareil de Jouvelet montre des variations entre 5 et 20.

21 fév. 1938 : dernières règles, 16-22 février douloureuses mais moins.

Utérus plutôt petit, col un peu gros, érosion inexistante

Gros ovaire gauche. Lugol foncé.

Continuer ondes courtes.

OBSERVATION N° 33.

Mme C... G..., âgée de 21 ans, consulte pour douleurs au moment des règles et pertes blanches.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — La malade souffre depuis son accouchement en 1933. Douleurs 8 jours avant les règles et 2-3 jours après la fin. Souffre terriblement, sensation de coliques obligeant la malade à se coucher.

Règles. — Très irrégulières, douloureuses, durant 7 jours. La malade ne sait jamais à l'avance la date de ses règles ; retard de 15 jours très fréquent. Les règles dernières datent de 17-24 décembre.

Pertes. — Blanches, verdâtres, malodorantes, très abondantes tachant le linge.

Antécédents. — Puberté à 14 ans. Accouchement en avril 1933.

Examen. — Bon état général, un toucher combiner au palper : utérus normal, col gros, la mobilisation utérine de droite à gauche est douloureuse et non vice-versa. Pas de masse annexielle.

Spéculum : fond de vagin rouge, col gros, rouge, congestionné déchiré vers la gauche, érosion autour de l'orifice.

Diagnostic. — Métrite cervicale, paramétrite, dysménorrhée secondaire.

Traitement. — A recevoir pour vaccinothérapie.

4 févr. 1937 : la malade est examinée par le Pr. Mocquot :

Palpation : abdomen souple, douleur à la pression.

T. V. utérus gros, tendance à se mettre en rétroversion, infiltration du ligament large, petite lésion annexielle droite.

Spéculum : irritation du dôme vaginal, gros col avec ectropion de la lèvre antérieure, large orifice, ne prend pas le Lugol.

Traitement. — Vaccin intra-cervical.

10 févr. 1937 : douleur à la palpation de l'abdomen surtout à droite ; annexes douloureuses.

12 févr. 1937 : état stationnaire, gros rein douloureux, la malade a eu deux injections du vaccin I. O. D.

27 févr. 1937 : douleurs de la fosse iliaque droite, examen montre une masse très douloureuse. On décide de faire une intervention chirurgicale.

Néphropexie faite le 18 mars 1937.

En avril, la malade est traitée par le vaccin. Pas d'amélioration.

Le 22 avril, la malade est opérée par M. Palmer : résection du nerf présacré, appendicectomie, fermeture du cul-de-sac de Douglas.

Compte rendu opératoire :

Incision de Pfannenstiël assez hémorragique. Trompes saines, ovaires polymicrokystiques. Appendice long, turgescant, ascen-

dant. Résection du nerf présacré assez hémorragique, cependant relativement satisfaisante (examen histologique demandé). Appendicectomie avec enfouissement. Fermeture du Douglas par 8 points antéro-postérieurs au catgut.

28 mars 1938 : la malade est convoquée pour un examen de révision. Malgré la résection du nerf présacré la malade souffre au moment des règles. La dysménorrhée persiste comme avant.

Conclusion : ne pas oublier que le compte rendu opératoire dit que la résection était relativement satisfaisante -- donc possibilité d'une opération incomplète -- d'où persistance de la dysménorrhée.

OBSERVATION N° 34

Mme T... S .., âgée de 27 ans, consulte le 27 mai 1935 pour douleurs et pertes blanches.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Dans le bas-ventre sous forme de pesanteurs aboutissant à des coliques après la fatigue. Douleurs au moment des règles, surtout le premier jour, tellement violentes que la malade doit garder le lit. Cette dysménorrhée a commencé peu de temps après la puberté, n'a pas été améliorée par le mariage, par contre fut aggravée par son accouchement en 1934.

Règles. — Régulières, abondantes, durant 5 ou 6 jours; très douloureuses. Les douleurs par leur violence rappellent une fausse couche.

Pertes. — Blanches, très abondantes depuis son accouchement en 1934.

Antécédents. — Puberté à 12 ans. Appendicectomie à 12 ans. Entérite avec dilatation de l'estomac étant jeune. Salpingite à 16 ans.

Examen. — Etat général, rien de spécial.

Examen génital. — Pratiqué par M. Palmer, le 10 septembre 1935 montre une *rétroversion*, une douleur à la mobilisation de l'utérus.

Diagnostic. — Dysménorrhée aggravée.

Rétroversion et paramétrite.

Traitement. — La malade était traitée encore avant d'avoir consulté à Broca par : injection de permanganate, diathermie, ondes courtes, différents vaccins et pansements.

Aucune amélioration n'a été constatée.

Entrée à l'hôpital Broca, la malade est opérée, le 16 septembre 1935. Correction de la rétroversion. Résection du nerf présacré.

Actuellement, en mars 1938, la malade revient pour un examen de contrôle. Nous constatons une disparition complète de la dysménorrhée, la malade n'accuse aucune douleur au moment des règles.

OBSERVATION N° 35

Mme Ch... M., âgée de 33 ans, consulte le 6 août 1937 pour douleurs dans le bas-ventre, surtout pendant les règles.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — 8 jours avant les règles, 3 jours pendant les règles, 8 jours après. Depuis la puberté, douleurs diffuses, mais atroces, avec des étourdissements, syncopes, anorexie, insomnies. Le siège de la douleur est dans le bas-ventre avec des irradiations lombaires.

Règles. — Régulières tous les 28 jours.

Pertes. — Blanchés, abondance moyenne.

Examen. — Utérus petit en rétroversion, la mobilisation est non douloureuse.

Spéculum : montre un col violacé sans érosion pertes vaginales blanches, banales.

Antécédents. — Puberté à 13 ans.

Diagnostic. — Dysménorrhée primaire.

Lipiodol fait le 11 août 1937.

Traitement. — Ondes courtes, pansements.

3 sept. 1937 : dernières règles, 18-24 août, douloureuses. La malade a eu 6 séances d'ondes courtes.

Sécrétions cervicales claires translucides assez abondantes. Insufflation faite, hypersensibilité considérable à l'insufflation.

Même la pose d'une pince à col provoque chez la malade une douleur.

On décide l'intervention chirurgicale, intervention sur le nerf présacré.

La malade est opérée le 23 septembre, résection du nerf présacré.

Les règles d'octobre venues avec 5 jours de retard ont été douloureuses.

Les règles du mois de novembre ont été moins douloureuses qu'avant l'intervention. Amélioration nette de la dysménorrhée.

29 nov. 1937 : revient pour des douleurs dans la fosse iliaque droite et de la région lombaire droite. Douleurs apparaissant à la fatigue sans rapport avec les règles. Pertes blanches empestant le linge, très épaisses.

Traitement. — Ondes courtes.

13 déc. : les 8 séances d'ondes courtes n'ont pas apporté d'amélioration. Persistance des douleurs et des pertes.

Malade très nerveuse. On prescrit le gardénal.

17 déc. : insufflation montre une hypotonie, les trompes ne se contractent presque pas. La mobilisation utérine est non douloureuse.

14 fév. 1938 : dernières règles 2-7 février 1938. La malade ne souffre plus pendant les règles. C'est entre les règles qu'apparaît une douleur constrictive dans le bas-ventre et dans la région lombaire. Pertes blanches dernièrement très abondantes. T. 38.

Conclusion. — Guérison de la dysménorrhée, persistance des douleurs en dehors des règles.

OBSERVATION N° 36

Mme D... L..., âgée de 27 ans, consulte le 25 octobre 1937 pour des règles douloureuses.

ÉTUDE CLINIQUE. — INTERROGATOIRE

Douleurs. — Au moment des règles depuis la puberté, mais aggravées après un accident de motocyclette, il y a 8 ans. La malade souffre terriblement le premier jour, la douleur continue les autres jours et même une fois les règles terminées. Cette

douleur siégeant dans le bas-ventre est accompagnée de vomissements, sueurs, migraines, et oblige la malade à garder le lit. Constipation 3 jours avant les règles, suivie ensuite de débâcles diarrhéiques.

Règles. — Régulières, abondantes, très douloureuses, durent 3 à 4 jours. Dernières datent du 10 à 14 octobre.

Pertes. — Blanches, jaunâtres, empesant un peu le linge.

Urines quelquefois troubles, brûlures à la miction.

Antécédents. — Puberté à 14 ans et demi.

Examen. — Fait par M. Palmer montre *un utérus petit, antéfléchi* (le médecin qui a vu la malade en ville a constaté une sténose isthmique par antéflexion utérine).

Lugol normal, P. H. — 5, col d'aspect normal, l'hystérométrie avec une bougie en gomme montre que la hauteur utérine est de 4 cm. Après allongement avec la pince la hauteur utérine augmente jusqu'à 10 cm.

Insufflation tubaire montre un passage normal.

9 nov. 1937 : passage normal à l'insufflation tubaire.

Les oscillations possèdent de petits crochets vasculaires (congestion prémenstruelle ?).

Pas de trichomonas.

12 nov. 1937 : dernières règles 9-10 novembre 1937, très douloureuses, la malade fut obligée de quitter son travail et de se coucher. Ventre très ballonné, les nausées étaient suivies de vomissements. La malade a perdu beaucoup de sang avec des caillots.

Traitement. — 4 fois 5 mm. de folliculine et 10 séances d'ondes courtes.

6 déc. 1937 : le traitement est terminé le 4 décembre. Une amélioration nette, mais les pertes blanches persistent, elles sont jaunes, salissant et empesant le linge. Fatigue, bouffées de chaleur.

17 déc. 1937 : dernières règles 8-10 décembre, presque indolores.

15 janv. 1938 : dernières règles 8-12 janvier, très douloureuses.

On reçoit la malade dans le Service pour la résection du nerf présacré.

1^{er} fév. 1938 : la malade est dans le Service. Elle souffre depuis quelques jours.

Examen. — Au T. V. utérus paraît congestionné et peu mobilisable.

Au T.R. les ligaments utéro-sacrés paraissent normaux, mais la mobilisation du col est douloureuse.

Spéculum : col petit, érosion minime. Lugol normal. Sensibilité extrême au moment de la préhension du col

Tonus intracervical : $1/2 \text{ cm}^3$ — 8, 1 cm^3 — 15, $1 \frac{1}{2}$ — 20.

Les tentatives de franchissement de l'isthme sont douloureuses.

La malade est opérée le 10 février 1938 : appendicectomie et résection du nerf présacré.

Les suites opératoires sont bonnes, mais la malade a présenté un choc opératoire, et des troubles psychiques importants. Ces troubles mentaux ont nécessité le passage de la malade dans un Service de maladies nerveuses.

CONCLUSIONS

1° Avant d'entreprendre le traitement d'une dysménorrhée, il faut, par une exploration complète, préciser les facteurs étiologiques et pathogéniques, souvent associés.

2° Parmi les facteurs étiologiques, ceux que nous avons rencontré le plus souvent dans nos observations sont :

- pour les dysménorrhées primaires, l'hypoplasie utérine ;
- pour les dysménorrhées secondaires, avant tout les métrites et paramétrites, puis les rétroversion, les sténoses cicatricielles, les endométrïomes.

3° Il faudra toujours étudier dans chaque cas le rôle probable de chacun des facteurs pathogéniques possibles : spasme de l'isthme, hypercontractilité utérine, reflux tubo-péritonéal du sang menstruel, hypersensibilité de l'utérus et des ligaments utéro-sacrés, hypersensibilité générale, poussée hypervagotonique, choc humoral, etc.

C'est le plus souvent l'association de deux ou plusieurs de ces facteurs qui conditionne l'apparition du syndrome dysménorrhéique.

4° Le traitement sera donc suivant les cas étiologique ou pathogénique, palliatif ou curatif. Mais avant d'affirmer le caractère curatif d'une méthode, il faut avoir revu la malade au moins six mois et de préférence deux ans après la fin du traitement.

Vu : le Président de la thèse,

M. MOCQUOT.

Vu : le Doyen,

M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRASSARD. — Contribution à l'étude de la dysménorrhée. (Thèse de Paris, 1934).
- BINET (A.). — Douleur en Gynécologie.
- BINET (A.). — Dysménorrhée primitive rebelle traitée par la sympathectomie pelvienne ; guérison. (Réunion obstétricale et gynécologique de Nancy. Séance du 17 mars 1937).
- CAMPBELL. — Traitement par la lutéine (*The Jour. of Med. Assoc. Americ.*).
- CHRISTOVA. — Contribution à l'étude des dysménorrhées et leur traitement (Thèse de Bordeaux, 1932-1933).
- CONSEILLER. — La résection du nerf présacré (*Americ. Journ. Obst.*, 1934, 28, p 161).
- COTTE. — Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. Masson, 1931.
- COTTE. — La sympathectomie hypogastrique a-t-elle sa place. dans la thérapeutique gynécologique ? (*La Presse médicale*, 24 janvier 1925).
- COTTE. — Sur le traitement des dysménorrhées rebelles par la sympathectomie périartérielle hypogastrique ou la section du nerf présacré (*Lyon médical*. 1925).
- DAUSSET. — Notes sur les résultats de mon expérience actuelle des ondes courtes en thérapeutique (Société fr. d'élect. et radiol., janvier 1933. Cahiers de radiologie, 11 mai 1933).
- ELDEN, WILSON. — Traitement de la dysménorrhée par pro-gesterone (*Amer Jour. Obstr.*, 36, t. 32, p. 91).

EREDE UGO. — Equilibre vagotonique (*Archivi di Biolog.*, V, 61, 1928).

FALKE-HALTZ (d'Upsal). — Gynécologie et obstétrique (novembre 1936, p. 38).

FIERRO HERRERE. — Thèse de Paris, 1936.

FRANCILLON, LOBRE et LEROY. — Le Siècle médical. 15 mai 1936.

GOLSPIEGEL. — Thèse de Paris, 1929.

GUIBERT. — Le traitement hydrominéral des dysménorrhées pubertaires (*Gazette des Hôpitaux*, 16 mai 1931).

JAHIEL (R.). — Accident à distance de la dysménorrhée (*Monde Médical*, n° 889).

KLEJNBERG. — Contribution à l'étude de la réceptivité utéro-tubaire aux extraits post-hypophysaires en dehors de la gestation (Thèse de Paris, 1937).

KLOCZNYK. — Etude manométrique vraie en H. S. G. (Thèse de Paris, 1937).

KNAUS. — Zur physiologie des Corpus luteum *Arch. f. gyn.*, 1929, t. 138, et 1930, t. 140-141).

KREIS. — Etudes sur le tonus neuro-végétatif dans les troubles de la menstruation (*Gynécologie et Obstétrique*, 1922).

LEROUGE. — Traitement de la dysménorrhée par anémone pulsatile (Thèse de Paris, 1936).

MANET (de). — Les jeunes filles dysménorrhéiques (*Gazette des Hôpitaux*, n° 45, 4 juin 1932, p. 856).

HIRSCH (Max). — Zentralblatt f. Gynakologie, mai 1924, juillet 1924.

MOCQUOT. — Dysménorrhée (*Pratique Médico-chirurgicale*).

NETTER. — Dysménorrhée et massage gynécologique (Société Française de Gynécologie, séance du 19 déc. 1932).

NOVAK. — Causes et traitement des dysménorrhées (*Med. Klin.*, 15 fév. 1929, t. 25, p. 7).

NOVAK-HARNIK. — Coliques menstruelles d'origines psychiques (*Zschr. f. Geb. und Gyn.*, 1929, n° 2).

- NOVAK et REYNOLDS. — The Journal of Med. Assoc. Americ.
vol. 99, n° 18, 1932, p. 1466).
- PALMER. — Nouvelles recherches sur l'I. U. T. Son emploi pour
le diagnostic hormonal et dans les dysménorrhées.
(*Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, Paris, 12 avril 1937).
- PALMER, PULZFARD et CHRISTEAS. — Soc. de Gynec. et
obst., 7 février 1938.
- PETIT-DUTAILLIS. — Les facteurs émotionnels des déséqui-
libres féminins (*La Gynécologie*, août 1926).
- PROUST, MORICARD, PULSFORD. — Presse Médicale, 22 juin
1935.
- SCHMIDT. — Thèse de Paris, 1937.
- SIMONNET. — Le rôle de l'hormone folliculaire en physiologie
normale et pathologique. Masson, 1936.
- SIREDEY. — La gynécologie, 1924 La dysménorrhée utérine.
- SIREDEY. — La tribune médicale, 66, n° 6, juin 1932.
- SOFERMAN. — L'insufflation utéro-tubaire. Thèse de Paris,
1937.
- VAYSSIÈRE. — Diagnostic et traitement des dysménorrhées
(*Journal Médical Français*, déc. 1928, n° 12).
- VIGNES. — Physiologie de la femme.
- VIGNES. — Qu'est-ce que la dysménorrhée ? (*Progrès Médical*,
19 juin 1926).
- WALTHARD. — Pathogénie des coliques menstruelles (*Revue
Médicale de la Suisse Romande*, 1928, t. 48, n° 6).
- WITTENBECK. — Ovulation-Termin und konzeption-fähigkeit,
bei der Frau (*Arch. f. Gyn.*, Bd, 142, 1930).

